



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Role zdravotně sociálního pracovníka v kontextu
dlouhodobé péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE

Autor: Šárka Krejníková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Abstrakt

Dlouhodobá péče patří v současné době mezi aktuální témata a to nejen v souvislosti se stárnutím populace a péčí o osoby se zdravotním postižením, ale také v kontextu péče neformální. Formální dlouhodobá péče zahrnuje zdravotní a sociální služby, dále komunitní služby a institucionální péči včetně léčebných postupů, které slouží k zastavení nebo zvrácení průběhu onemocnění nebo disability. Neformální dlouhodobá péče je poskytována ze strany rodinných příslušníků, přátel či sousedů. Zdravotně sociální pracovník je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu v kontextu poskytování dlouhodobé péče.

V teoretické části je vysvětlená role zdravotně sociálního pracovníka, jaké musí být jeho vzdělání k vykonání činnosti dle § 109 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách v platném znění jaké jsou jeho vykonávací činnosti. Kromě toho, jaké mají být vlastnosti pracovníka pro úspěšný výkon práce. S jakými obtížemi se mohou zdravotně sociální pracovníci potýkat v rámci svého povolání. V následující části teoretického výkladu jsem se zaměřila na téma syndromu vyhoření. Analyzovala jsem faktory, které mohou způsobit vznik tohoto syndromu, jeho postupné fáze, příznaky, které naznačují blížící se syndrom a způsoby, jak mu předcházet. Třetí část teoretického výkladu se věnuje problematice dlouhodobé péče a jejím klientům, kteří jsou klíčovými aktéry v této oblasti.

Praktická část byla provedena pomocí kvalitativního výzkumu, kdy byla použita polostrukturovaná metoda dotazování prostřednictvím rozhovorů s testovanými jedinci, kteří jsou zaměstnání jako sociální pracovníci v hospicových službách. Tito pracovníci byli vybráni na základě své rodinné zkušenosti a srovnání mezi sebou, z různých okresů v jihočeském kraji. Rozhovory byly provedeny v hospicových zařízeních v Třeboni/Jindřichově Hradci, v Českých Budějovicích a v Táboře.

Podle názorů informátorů má zdravotně sociální pracovník v dlouhodobé péči na starosti jak administrativní záležitosti, tak i kontakt s pacientem a jeho blízkými. Terénní hospicová zařízení poskytují pacientům možnost zemřít v přirozeném prostředí. Výzkum ukázal, že pro úspěšné pomáhání klientům je důležité, aby měl každý zdravotně sociální pracovník sám v sobě vše vyřešené. Informanti mi sdělili také své

počáteční obtíže při práci. Dále jsem se dozvěděla, jak se zdravotně sociální pracovníci starají o svou psychohygienu a jak se chrání před syndromem vyhoření.

Klíčová slova

Zdravotně sociální pracovník; zdravotní postižení; dlouhodobá péče; neformální péče; syndrom vyhoření (burn out); hospicová služba

Abstract

Long-term care is currently a topical issue, not only in the context of an ageing population and care for people with disabilities, but also in the context of informal care. Formal long-term care includes health and social services, as well as community services and institutional care, including treatments used to stop or reverse the progression of illness or disability. Informal long-term care is provided by family members, friends or neighbours. A health social worker is an integral part of a multidisciplinary team in the context of long-term care provision.

In the theoretical part, the role of the health social worker is explained, what must be his education to carry out the activity according to The Act 108/2006 Coll. Act on Social Services § 109 and what its activities are. In addition, what the characteristics of a worker should be for the successful performance of the work. The difficulties that disabled social workers may face within their profession. In the next part of the theoretical interpretation, I focused on the topic of Down syndrome. I analyzed the factors that can cause this syndrome to develop, its gradual phase, the symptoms that suggest impending syndrome and the ways to prevent it. The third part of the theoretical interpretation deals with the issue of long-term care and its clients, who are key players in this area.

The practical part was done through qualitative research, using a semi-structured method of questioning through interviews with test subjects employed as social workers in hospice services. These workers were selected on the basis of their family experience and comparison with each other, from different districts in the south-west region. The interviews were conducted in hospice facilities in Třeboni/Jindřichův Hradec, in České Budejovice and in Tábor.

According to the opinion of the informants, the health social worker in long-term care is in charge of both administrative matters and contact with the patient and his loved ones. Field hospice facilities provide patients with the opportunity to die in a natural environment. Research has shown that it is important for successful assistance to clients that every health-care social worker has it all figured out in themselves. The informants also told me of their initial difficulties at work. I also learned how health social workers take care of their psychohygiene and how they protect themselves from down syndrome.

Keywords

Health social worker; disability; long-term care; informal care; burn out syndrome; hospice service

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Role zdravotně sociálního pracovníka v kontextu dlouhodobé péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. května 2023

.....

Šárka Krejníková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní PhDr. Lence Motlové, Ph.D. za vedení bakalářské práce, její vstřícnost, nápomocnost, ochotu a především trpělivost se mnou. Dále bych chtěla vyjádřit vděčnost všem, kteří mě podporovali v mém studiu a rovněž děkuji svému partnerovi, rodině a přátelům za jejich povzbuzení a za poskytnutí prostoru pro zpracování mé bakalářské práce. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat mým informantům, kteří mi poskytli jejich vzácné zkušenosti a veškeré informace do výzkumu.

Obsah

ÚVOD.....	9
1. ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	10
1.1. VZDĚLÁNÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	10
1.1. NÁPLŇ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	12
1.2. VLASTNOSTI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	13
1.3. ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V DLOUHODOBÉ PÉČI.....	14
1.4. OBTÍŽE SE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V KONTEXTU DLOUHODOBÉ PÉČE	15
2. SYNDROM VYHOŘENÍ	17
2.1. RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ	17
2.2. FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ	19
2.3. PROJEVY A DŮSLEDKY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	19
2.4. PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ	21
2.5. LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	22
3. DLOUHODOBÁ PÉČE.....	23
3.1. KLIENTI DLOUHODOBÉ PÉČE.....	25
3.1.1. <i>Senioři</i>	26
3.1.2. <i>Osoby se zdravotním postižením</i>	28
3.1.2.1. <i>Osoby s tělesným postižením</i>	29
3.1.2.1. <i>Osoby s mentálním postižením</i>	30
3.2. POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB DLOUHODOBÉ PÉČE	30
3.3. POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DLOUHODOBÉ PÉČE.....	31
II. PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE	33
1. METODOLOGIE	33
1.1. CÍL PRÁCE	33
1.2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	33
2. METODIKA	33
2.1. METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	33
2.2. REALIZACE VÝZKUMU	34
2.3. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	35
2.4. VÝZKUMNÝ SOUBOR	35
2.5. ETIKA VÝZKUMU	36
3. VÝSLEDKY.....	37
3.1. SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	37
3.2. ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V DLOUHODOBÉ PÉČI.....	37
3.3. OBTÍŽE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ.....	41
3.4. PSYCHOHYGIENA.....	45
3.5. SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	50
4. DISKUSE	52
5. ZÁVĚR	56
6. SEZNAM LITERATURY	57
7. SEZNAM PŘÍLOH	62
8. SEZNAM ZKRATEK	76

Úvod

V dnešní době je již většina populace obeznámena s povoláním sociálního pracovníka, avšak ne všichni znají terminologii a náplň práce zdravotně sociálního pracovníka. Proto se v následujících odstavcích zaměříme na skutečné výzvy, kterým zdravotně sociální pracovníci čelí i mimo pracovní prostředí. Důležitou součástí této profese je poskytování dlouhodobé péče pro osoby s omezenou fyzickou či kognitivní funkcí, což znamená, že tito pacienti jsou plně závislí na pomoci druhých lidí.

Má bakalářská práce se věnuje zkoumání zdravotně sociálního pracovníka v souvislosti s dlouhodobou péčí. Toto téma jsem si vybrala ze svého osobního zájmu o tuto oblast. Dlouhodobá péče je nezbytná nejen pro naše nejbližší v jejich pozdním věku, ale také pro ty, kteří se léčí z vyléčitelných onemocnění. Zahrnuje mnoho služeb a podpůrných opatření.

V mé práci se věnuji teoretické a praktické část. V teoretické části popisuji vzdělání, náplň práce, vlastnosti a roli zdravotně sociálního pracovníka v rámci dlouhodobé péče, stejně jako na překážky, kterýmž může čelit. K závěru se zaměřím na vysvětlení pojmu syndrom vyhoření a to, co zahrnuje.

V praktické části se věnuji zmapování zdravotně sociálních pracovníků v hospicové péči. Tuto službu jsem si také vybrala pro svůj cit a zkušenostem z mé dvakrát absolvované praxi během studia na ZSF JCU a zkušenosti mé rodiny. Nám samotným dosti pomohla v těch nejtěžších chvílích tak i našeho blízkého, kterým byl právě pacientem. Také zde zmapuji a přiblížím zdravotně sociální pracovníky a čím si mohou procházet i oni samotní během své práce. A proto jsem zvolila tři výzkumné otázky; jakou roli má zdravotně sociální pracovník v dlouhodobé péči, s jakými obtížemi se může potýkat a co zároveň dělá pro svou psychohygienu, aby se nevyskytl v syndromu vyhoření, o kterém se taktéž ve své bakalářské práci zmiňuji.

Poslední část kapitol se zaměřuje na prezentaci výsledků a jejich souhrnu, kde jsou vyřešeny výzkumné otázky. Na závěr je uvedena diskuse, shrnutí, literatura, přílohy a zkratky použité v práci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Zdravotně sociální pracovník

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §109 o sociálních službách, v platném znění, definuje sociálního pracovníka takto: „*Sociální pracovník vykonává sociální setřeni, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“

Zdravotně sociální pracovník ve zdravotnictví není vždy zcela správně pochopen svou rolí jinými profesionály, a tak občas dochází k situacím, kdy ve vzájemné komunikaci se naskytne problém s jeho pracovní náplní a vymezení kompetencí. (Kuzníková et al., 2011). Pozice zdravotně sociálního pracovníka, při práci s klienty, kdy je potřeba vynaložit velké úsilí a je zapotřebí využít i z velké části jeho potenciál a schopnosti, bývá velmi často podceňována, především v odborném týmu, do kterého spadá i ZSP (Kuzníková et al., 2011).

Podle zákona č. 96/2004 Sb., § 10 v platném znění uvádí, že pro výkon profese zdravotně-sociálního pracovníka se považuje práce v oblasti prevence, diagnostiky, paliativní péče a rehabilitace v oblasti zdravotně-sociální péče. Současně se zdravotně-sociální pracovník také podílí na ošetrovatelské péči, která uspokojuje sociální potřeby pacientů.

1.1. Vzdělání zdravotně sociálního pracovníka

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálních pracovníků je vymezena v zákoně č. 96/2004 Sb., (§10), o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících

s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání), ve znění pozdějších předpisů, kde je zároveň stanovena i povinnost celoživotního vzdělání těchto nelékařských profesí. (Kuzníková et al. 2011).

Prvotním důležitým bodem pro vykonávání sociální práce jsou předpoklady jedince. Mezi ně řadíme plnou svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost. Odborná způsobilost k výkonu povolání je vymezena v zákoně č. 96/2004 Sb., (§10). Bezúhonnosti se posuzuje a prokazuje podle § 79 odst. 2. a odst. 3 věty první až třetí. Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktický lékař pro děti a dorost a u zaměstnanců poskytovatel pracovně lékařských služeb. (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §110)

Proto, aby budoucí sociální pracovník mohl vykonávat svou vysněnou práci, musí mít taktéž zmiňované odborné studium. Jedna z možností jak „vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitativní a sociální činnosti.“ (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §110, (4), a))

Druhá varianta je mít „vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.“ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §110, (4) b)). Dále by měl být povinen zaměstnavatel zabezpečit SP další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnoví, utuží a zároveň doplní kvalifikaci.

Dalšími formy vzdělání jsou odborné stáže, účasti na školících akcích, konferencích a specializované vzdělání zajištěné vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k vykonávání SP.

1.1. Náplň zdravotně sociálního pracovníka

Dle zákona č. 108/2006 Sb., (§109) sociální pracovník (SP) by měl vykonávat sociální šetření zabezpečuje sociální agend vč. řešení sociální právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatele obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Mezi náplně spadají praktické činnosti SP ve zdravotnictví, které popisuje Kuzníková et al. (2011), které vycházejí ze sociální anamnézy. Podle těch se SP řídí a sestavuje následné postupy, jimiž se bude řídit při práci s klientem. Postupy musí být v souladu s vybranou metodou a teoretickým konceptem, který je nejpříjemnější pro daného klienta, či skupinu.

- a) *Psychosociální podpora* – poskytnutí psychické a sociální podpory a pomoc při řešení finančních svízelných situací,
- b) *Edukace* – pomoc pochopení klientovo problému jeho okolí a blízkým, jeho nemoci, léčby a důsledkům nemoci, které nemoc přináší
- c) *Poradenství* – při řešení nepříjemných situací, vysvětlení následujících postupů, plánování následné péče, poradenství po finanční stránce aj.
- d) *Komunikace* – s klientem, rodinou, skupinou. Spolupráce se členy ve zdravotnictví, pojišťovnami, policií, soudy, psychology aj.
- e) *Závěrečné vyhodnocení* – zpětná vazba, vyhodnocení, sebereflexe

Dle Kuzníkové et al. (2011) by měl sociální pracovník poskytovat komplexní pomoc a péči klientům, zejména i okolí pacienta a to i v jejich obtížně řešitelné situaci. Kuzníková et al. (2011) zmiňuje, že ve prospěch prosperující pomoci klientovi by také měl ZSP navázat fungující spolupráci se svým multidisciplinárním týmem, do kterého spadá oblast medicíny a ošetřovatelství, psychologie, psychoterapie, pedagogika a speciální pedagogika, fyzioterapie a ergoterapie, nutriční terapie aj. viz obrázek č. 1.

Sociální práce (2020) popisuje činnost ZSP následně, hospicový ZSP přichází poprvé do kontaktu s rodinou, kteří přicházejí s písemnou žádostí od svého doktora, jenž jim byl praktický, ošetřující či jiný specialista. V rámci domácí hospicové péče společně ZSP s lékařem navštíví svého klienta v jeho domácím prostředí, kde je seznámen s celkovou jejich službou, právy a různá východiska (Sociální práce, 2020). Společně sestaví plán péče, který obsahuje frekvenci a časovost návštěv, veškeré komunikace, telefonáty a další záležitosti mezi klientem a ZSP jsou zaznamenávány do písemné složky klienta (Sociální práce, 2020). ZSP získává pozici svolavatele a facilitátora multidisciplinárního týmu, se kterým se vzájemně sdružují jednou do týdne, klient nemusí vyžadovat pouze zdravotní, či sociální péči, ale také třeba edukační, psychologickou, duchovní, kterou zprostředkovává ZSP (Sociální práce, 2020). Jako konečná náplň ZSP, poté, co klient odejde, se stává nadále podporou pro pozůstalé a jeho blízké, kteří mají k dispozici sdílet své zármutky a či získat informace, druhá možnost hospicové péče se naskytuje pobyťová (Sociální práce, 2020). Klient se zájmem o pobyťové služby zažádá i s jeho rodinou o pobyť jestliže je žádost zamítnuta, následující kroky ZSP vedou k poradenství, pakliže byl klient přijat, připraví se smlouva o péči, kterou společně pracovník sepíše s klientem (Sociální práce, 2020). ZSP tak pomáhá vyřizovat administrativu, kupříkladu dávky, důchody a korespondenci, dále pomáhá při zprostředkování kontaktů s notářem, úřady, připravuje pravidelná hlášení pro zbytek týmu, který je součástí péče o klienta (Sociální práce, 2020). Před smrtí klienta se snaží vyplnit poslední přání klienta, dohledává blízké, řeší rodinné konflikty, zprostředkovává také poslední rozloučení, po odchodu klienta opět nastává administrativní práce, jímž je vystavení úmrtního listu, vyřizování pozůstalosti a nadále rodinám poskytuje poradenství a uskutečňuje setkání s pozůstalými v hospici dvakrát do roka (Sociální práce, 2020).

1.2. Vlastnosti zdravotně sociálního pracovníka

Odpověď na otázku jaké jsou kladená nároky na ZSP lze najít v zásadách humanistického přístupu, jako je například schopnost empatie, vřelost a autentičnost, které jsou zásadní v sociální práci (Kuzníková et al., 2011). Bezvýhradným dalším bodem pro ZSP svého klienta musí respektovat tím, čím je a s jakými problémy se potýká (Kuzníková et al., 2011). Nepostradatelným umem je určení si svých hranic ve

vztahu s klientem, pokavaď by se tomu tak nestalo, ZSP by klientovo problémy přenášel za své a tím tak narušil proces pomáhající (Kuzníková et al., 2011). Dále by měl respektovat etické principy SP (Kuzníková et al., 2011). Profesní chování by mělo být řízeno podle etických principů a kodexů. Jedním z nich a zároveň klíčovým kodexem je etický kodex, který byl vydán Národní asociací sociálních pracovníků, mezi nepostradatelné dovednosti spadá taktéž komunikace (Kuzníková et al., 2011). Skrze ni je poté ZSP schopen pochopit činy jiného člověka, a v profesi je nezbytná, pakliže tuto dovednost z různých příčin není možné jak využít, naskytuje se další možnost a tou je pozorování pohledem (Kuzníková et al., 2011). Mezi klíčové vědomosti, bez kterých se ZSP neobejde je znalost Všeobecné deklarace lidských práv, práv svých pacientů, a dále (Kuzníková et al., 2011). Pro péči o svůj rozvoj a dozrání osobnosti SP by měl sledovat různé nové metody, techniky a teorie v sociální práci (Kuzníková et al., 2011).

Dále Kuzníková et al., 2011 uvádí o všech SP, že jejich nepostradatelnou součástí by měla být schopnost empatie, kultivovaný projev, citová vyrovnanost, přirozená autorita a pozitivní pohled na svět a jít tak příkladem všem ve svém okolí.

1.3. Role zdravotně sociálního pracovníka v dlouhodobé péči

Kuzníková et al., (2011) uvádí co je naprosto nezbytné, uvědomit si, že ZSP by měl být především sociální pracovník umožňující komplexní péči a pomoc klientům, kteří se nacházejí pro ně v obtížně řešitelné situaci.

Cílem sociální práce podle Kuzníkové, et al. (2011, s. 18) je „*Využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.*“

Dle zákona č. 96/2004 Sb. §10 v přesném znění zákona, role ZSP v oboru zdravotně sociální péče se považují činnosti jako je prevence, diagnostika, paliativní a rehabilitační péče. Ten se nadále zúčastňuje také v oblasti uspokojování potřeb, ku příkladu ošetrovatelská péče.

Dále, co Kuzníková et al., (2011) zmiňuje se své literatuře je zmínka o SP ve zdravotnickém zařízení, které následně rozřadila tímto způsobem.

- a) *Řešení situace akutně hospitalizovaných klientů* – závisí na lékaři, zdali se ZSP bude podílet na jeho péči

- b) *Sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných* – např.: psychosociální podpora klienta, sociální rehabilitace a poradenství, specializované pomoci, finanční a bytové záležitosti aj.
- c) *Sociální prevence* – individuální řešení s pacientem dle jeho potřeb a problémů
- d) Stanovení *sociální anamnézy s prognózy* – zpětné navrácení klienta do původního prostředí, adaptace na prostředí, včlenění klienta do sociální role.
- e) *Aplikace metod SP* – individuální práce s klientem, jeho rodinou, následná rodinná terapie, či skupinová (klient x rodina, příbuzní), nezapomínáme také na komunitu

Dle zákona 108/2006 Sb. přesné znění zákona §32 se sociální služby zařazují takto:

- a) Sociální poradenství
- b) Služby sociální péče
- c) Služby sociální prevence

Důležité je také umět rozlišit odborné sociální a zdravotnické sociální pracovníky (vzdělání na terciální úrovni) od pracovníků v sociálních službách (pracovníci v přímé péči a obslužní péči) (Kuzníková, 2017).

1.4. *Obtíže se zdravotně sociálních pracovníků v kontextu dlouhodobé péče*

Venglářová M., (2007) uvádí základní myšlenky v přístupu k problematice nevhodného chování:

- a) Není vždy nutné přisuzovat problémy pouze nemoci.
- b) Člověk má omezené možnosti uspokojit své potřeby a hledá alternativní způsoby, jak je uspokojit.
- c) Správný přístup a kvalitní péče předchází problémům.
- d) Je vždy účinnější předcházet problémům, než se poté snažit řešit následky.

Klienti, u nichž se provádí každodenní péče, a kteří jejich poruchové chování způsobuje onemocnění, je velmi náročná (Venglářová M., 2007). Venglářová, (2007) zmiňuje odpověď na otázku, co je nejobtížnější na jejich péči, někteří pracovníci odpověděli takto:

- a) Obtížná domluva ke spolupráci, především na každodenních činnostech.

- b) Agresivita na personál, jiné klienty. Např. nadávky a výjimečně fyzické napadení
- c) Neustálé kladení otázek, připisováno ke špatné paměti
- d) Problémy při ošetrovatelské péči
- e) Deorientace, bloudění
- f) Spánkový režim, jímž je doprovázen noční neklid

Na druhém místě, po psychické zátěži, obsadila zátěž fyzická (Venglářová M., 2007).

2. Syndrom vyhoření

Od sedmdesátých let dvacátého století se odborníci z oblasti psychologie a medicíny zabývají stavy úplného vyčerpání, které se označují jako syndrom vyhoření (Pešek, 2016). Někdy se používají termíny jako syndrom vypálení nebo vyčerpání, často se vyskytuje výraz syndrom burnout, Herbert J. Freudenberger poprvé použil termín "syndrom burnout" (Pešek, 2016).

Syndrom vyhoření je příčinou dlouhodobé působnosti. Také současná společnost přispívá k jeho vzniku, která je cílená na výkon. Jedná se o psychický stav, který nevnikne z ničeho nic (Švamberk Šauerová M., 2018).

Syndromem vyhoření trpí především nejvíce ohrožené profesní skupiny pracující s lidmi, kterými jsou ku příkladu lékaři, zdravotní sestry, psychoterapeuti, psychologové, učitelé, sociální a zdravotně sociální pracovníci a jiní. Syndromem vyhoření nemusejí si projít výše zmíněné profese, ale také i neformální pečovatelé, kteří pečují o své blízké (Pešek, 2016).

Roman Pešek (2016, s. 15) popisuje syndrom vyhoření těmito slovy „*Syndrom vyhoření (syndrom burnout) je stav celkového vyčerpání v důsledku dlouhodobého intenzivního stresu. Vyskytuje se hlavně u lidí, kteří jsou pravidelně v kontaktu s jinými lidmi. Odhadem 20 až 30% profesionálů, kteří pracují s lidmi, se v životě setká s vyhoření. Vyhoření vzniká souhrou rizikových faktorů, které se nacházejí v osobnosti člověka, v pracovní sféře a v mimopracovním životě. Vyhoření předchází fáze nadšení, stagnace, frustrace a apatie. Projevuje se v myšlenkách, emocích, tělesných reakcích a zjevném chování.*“

Vyhoření se vztahuje specificky na jevy v profesním prostředí a nemělo by být používáno k popsání zkušeností v jiných oblastech života. (WHO, 2019).

2.1. Rizikové faktory ovlivňující vzniku syndromu vyhoření

Podle V.Kebzy a I. Šolcové (2003) na vznik syndromu vyhoření nemá věk, stav, vzdělání, inteligence ani délka praxe významný vliv.

Základním rysem tohoto syndromu je, že se projevuje celou řadou příznaků, především v psychické oblasti, ale částečně i v oblasti fyzické a sociální. Základním projevem je psychický stav, který se projevuje pocitem vyčerpání. Klíčovými složkami syndromu

jsou především emoční vyčerpání, kognitivní vyčerpání a často i celková únavnost (Švamberg Šauerová M., 2018).

Zvýšená pracovní náročnost představuje jednu z příčin stresu. Pokud překročíme hranici toho, co jsme schopni zvládnout (což je individuální), začneme prožívat stres. Přetížení může vést k vývoji syndromu vyhoření. Vyčerpání je jak důsledkem vyhoření, tak jeho posilovačem. Aby postižený dokázal vykonávat stejné úkoly, musí vynaložit mnohem více úsilí a energie, což vede ke zrychlení celého procesu vyhoření. Jde o začarovaný kruh. Jediným řešením této situace je pracovat cíleně na zvýšení své odolnosti a schopnosti zvládat náročnost.

(Stock, 2011)

Rizikové chování SP postihnutého syndromem vyhoření

- a) Skromnější cíle
- b) Skrývání za jiné viníky
- c) Neempatický ke druhým
- d) Snaha o získání výhod
- e) Ponechání zaměstnání

Maroon, I., (2012).

Podle některých studií se uvádí, že syndromem vyhoření snáz dospěje mladý člověk s krátkou praxí a jeho četnost se navyšováním věku ztrácí (Pešek, 2016).

Syndrom vyhoření se vyskytuje v důsledku kombinace trvalých a reálných faktorů. Mezi subjektivní faktory patří určité osobnostní rysy, jako například nedostatečné sebehodnocení, příliš vysoké nároky na sebe sama, vysoká schopnost vcítění a nerozhodnost (Kebza, Šolcová, 2003).

Objektivní faktory, které přispívají ke vzniku tohoto syndromu, zahrnují vnější a pracovní prostředí, které způsobují zátěž zaměstnanců a mohou významně přispět k jeho rozvoji (Švamberg Šauerová M., 2018). Mezi hlavní faktory patří charakter práce, nadměrné zatížení, porušování termínů nebo naopak častý časový stres, přísné vedení, omezená svoboda a specifické pracovní podmínky (Švamberg Šauerová M., 2018). V oblasti sociálních vztahů se zaměřujeme především na kvalitu mezilidských interakcí, pracovní konflikty, nedostatek respektu, nedostatečné sociální uznání a ocenění, omezení technického a materiálního vybavení pracoviště a nižší finanční odměny (Švamberg Šauerová M., 2018).

2.2. Fáze syndromu vyhoření

Každý člověk ke syndromu vyhoření může dospět individuálně. Není žádná určená časovost, kdy k němu může dojít (Pešek, 2016).

Venglářová, M. (2011) popisuje fáze syndromu vyhoření, viz obrázek č. 2.

Při nástupu do zaměstnání se člověk obvykle těší na nové výzvy a má plné nadšení a optimismu, pracovník je plný energie, věří v své schopnosti a má chuť pomáhat a být úspěšný (Pešek, 2016). Během této fáze může být příliš nadšený a mít ideální představy o své práci, kolezích, nadřízených, organizaci práce a klientech, se kterými bude pracovat (Pešek, 2016).

Jednotlivé etapy přecházejí do dalších plynule, takže člověk si uvědomí to, co se děje, až když je pozdě, stejným způsobem fungují i jiné nemocné jevy, jako například mobbing na pracovišti (Švamberk Šauerová M., 2018). Postupně se mění normy sociálního vnímání a nakonec si zaměstnanci ani neuvědomují, že pracují v patologickém a toxickém prostředí. (Švamberk Šauerová M., 2018). Rozdíl mezi nevyhořelým perfekcionistou, nadšencem a pilným pracovníkem a těmi, kteří trpí syndromem vyhoření, spočívá v množství nereálných představ a ambicí. (Švamberk Šauerová M., 2018).

2.3. Projevy a důsledky syndromu vyhoření

Negativní důsledky syndromu vyhoření se netýkají pouze postiženého, ale také zbytek součásti týmu, ve kterém je součástí. V jeho finální podobě se tak může vyznačovat např. myšlenky, emocemi či činy (Pešek, 2016).

Při syndromu vyhoření se projevuje celá řada příznaků, které na první pohled nemají žádnou souvislost. Tyto symptomy jsou často podobné těm, které mohou být přítomny při jiných zdravotních problémech, jako je například nespavost, bolesti hlavy, zad a kloubů, trávicí potíže, napětí, snížená výkonnost, nervozita a ztráta motivace pro práci (Švamberk Šauerová M., 2018).

Příznaky syndromu vyhoření je celé spektrum, které se jeví koneckonců především jako smutek ze života, snížení energie a nadšení (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Pešek (2016). uvádí ve své tabulce několik příkladů spouštěčů rizikových faktorů osobnosti, pracovní a nepracovní:

Tabulka č. 1 – Projevy a důsledky syndromu vyhoření

Myšlenky	Emoce
<p>Tolik se snažím a přitom to je k ničemu</p> <p>Mám toho po krk, jsem opotřebovaný</p> <p>Jsem úplně na dně</p> <p>Nemá to cenu, smysl</p> <p>Co zase ti klienti kolegové chtějí?!</p> <p>Nezlepší se to</p>	<p>Marnost, bezmoc</p> <p>Nedocenění</p> <p>Pocity křivdy a nespravedlnosti</p> <p>Zlost, zklamání</p> <p>Sebelítost</p> <p>Strach</p>
Tělesné reakce	Pozorovatelné chování
<p>Celkové napětí</p> <p>Únava a nesoustředěnost</p> <p>Zaživací potíže</p> <p>Bolesti hlavy, zad, krční páteře</p> <p>Poruchy spánku</p>	<p>Podrážděná reakce</p> <p>Zhoršená schopnost se rozhodovat</p> <p>Značkování klientů</p> <p>Vyhýbání se klientům a kolegům</p> <p>Emoční infikování dalších kolegů</p>
Negativní důsledky pro vyhořelého člověka, organizaci a klienty	
<p>Nižší výkonnost, vyšší nemocnost, více absencí v práci, nárůst konfliktů v pracovním a osobním životě, deprese, šíření špatné nálady v pracovním kolektivu, užívání návykových látek, fluktuace, zhoršená péče o klienty, kteří si na pracovníka více stěžují.</p>	

Zdroj: Pešek (2016)

Stock (2011) uvádí, že člověk postihnutý syndromem vyhoření pociťuje emoční a fyzickou vysílenost.

Známky fyzického vyčerpání:

- a) Nespavost, snížená energie, slabost
- b) Chronickou únavou
- c) Tělesnými příznaky (bolest svalů, kloubů,..)

d) Častý výskyt nemocí

Emocionálního:

e) Skleslost

f) Ztráta sebedůvěry

g) Snížená spokojenost

h) Snížená motivace

i) Zapomínám či zhoršením koncentrace a pozornosti

j) Apatie, prázdnota

k) Ztráta sebeovládání

Změny chování:

l) Užívání drog, alkoholu, přejídání se, nebo naopak ztráty chutě k jídlu

m) Prokrastinace

n) Agrese

V porovnání s ostatními profesemi, kde se pomáhá, u sociálních pracovníků je často patrné zvláště vyčerpání, tíha a vyhoření, navíc se u těchto pracovníků rozlišují různé stupně vyhoření v závislosti na jejich úloze a klientele (Maroon, 2012, s. 11).

Smetáčková, Štech a kol. (2020) uvádějí, že má syndrom tři kategorie – emoční, fyzickou, kognitivní. Emoční představuje nezáměr o druhé, necitlivost, podrážděnost apod. Za to kognitivní nejčtenější chování je nezáměr o věc, učení se novým věcem, špatná soustředěnost, výpadky a špatně myšlení. K posledním, fyzickým projevům se připisuje vyčerpanost, žádná energie, nevolnosti, bolesti či dokonce onemocnění.

2.4. Prevence syndromu vyhoření

„Termín burn-out – syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení – popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrmuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání“ (Janáčková, 2008).

Syndrom vyhoření je psychosomatická porucha, při níž se vyskytuje fyzické, psychické (mentální) a emocionální (citové) vyčerpání organismu, pokud jde o patofyziologické

mechanismy, je zcela jasné, že se jedná o důsledek trvalého a přemírného stresu (Křivohlavý, 2009).

Prevenici syndromu vyhoření představuje:

- a) Kvalitní přípravu s výcvikem v sociálních dovednostech a potřebně dlouhé odvedené praxi s klienty, se kterými bude pracovat.
- b) Přesná definice profesionálního postavení pracovníka a jeho náplně.
- c) Přesná definice cíle organizace a její metody práce
- d) Možnost využití poradenství v dané oblasti, také supervize.
- e) Omezení pracovní zátěže
- f) Programy pro rozvoj osobnosti
- g) Zvýšení počtu pracovníků při obtížích

(Matoušek, O. a kol., 2003)

Pešek (2016) uvádí, že odolní lidé vůči stresu mají životní styl postavený na třech pilířích. Mají práci, se kterou jsou spokojeni, dbají na své vztahy s blízkými lidmi a také věnují se svým zájmům.

Na závěr je přiložena v příloze tabulka č. 2 podle autora publikace „Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout“.

2.5. Léčba syndromu vyhoření

Duševní porucha je vážnější onemocnění než fyzické. Ačkoli někdy stačí jen málo. Dbáme o své zdraví stejně pečlivě jako o své fyzické zdraví (Vojtíšková, 2023).

Podle autora Smith et al., (2023) je zapotřebí využít tři R k řešení syndromu vyhoření

1. Recognize – pozorování příznaků
2. Reverse – vyhledání pomoci a zvládnutí stresu
3. Resilience – vybudovat odolnost vůči stresu a péče o fyzické a emocionální zdraví

3. Dlouhodobá péče

WHO (2022) definuje dlouhodobou péči, jako která zahrnuje rozsáhlé spektrum osobních, sociálních a medicínských služeb a podpory, které zajišťují, že osoby s výrazným oslabením vnitřních kapacit (v důsledku mentálních nebo fyzických onemocnění a zdravotních postižení) nebo ohrožené ztrátou svých funkčních schopností, zachovají úroveň funkčních schopností odpovídajících jejich základním právům a lidské důstojnosti.

Dle Kuzníkové (2017) dlouhodobou péči lze také charakterizovat jako lékařskou péči poskytovanou lidem trpícím chronickými onemocněními, kteří stále zůstávají soběstační a nejsou závislí na cizí pomoci. Tato forma péče je dlouhodobá a jejím cílem je prodloužení období soběstačnosti a minimalizace komplikací spojených s onemocněním.

WHO (2022) popisuje, že rodinní příslušníci, přátelé nebo jiní členové komunity, kteří jsou také známí jako neformální pečovatelé, nebo formální pečovatelé, poskytují dlouhodobou péči. Formální péče na dlouhodobé bázi zahrnuje soubor služeb, které se zaměřují na prevenci, zmírnění a obnovu funkčního úpadku. Tyto služby jsou poskytovány v různých prostředích, od podpory v domácím prostředí až po zařízení komunitní, rezidenční nebo akutní péče.

Dlouhodobá péče zahrnuje rozmanité služby a podporu pro osoby, kteří jsou v důsledku duševních a/nebo fyzických omezení a/nebo zdravotních problémů dlouhodobě závislí na pomoci s běžnými denními aktivitami a/nebo potřebují pravidelnou ošetrovatelskou péči (European Commission, © 2023). Mezi tyto denní aktivity patří péče o sebe, jako je koupání, oblékání, stravování, vstávání a přecházení z postele do židle, pohyb, používání toalety a sledování fyziologických funkcí, alternativně se mohou týkat nezávislého života, jako je vaření, správa financí, nákup potravin nebo osobních věcí, provádění lehkých nebo těžkých domácích prací a telefonování (European Commission, © 2023).

Dlouhodobá péče se v poslední době stala významným tématem v politických a vládních programech členských států EU z několika důvodů (Pavolini, 2021). Mezi tyto důvody patří stárnutí populace, nedostatek služeb a nákladů spojených s péčí. Pandemie

COVID-19 dále ukázala nutnost reformovat systémy dlouhodobé péče a investovat do nich (Pavolini, 2021).

Riziko potřeby dlouhodobé péče se zvyšuje s věkem, kdy lidé často ztrácejí svou funkční schopnost, více než čtvrtina občanů EU ve věku 65 let uvádí závažné problémy s osobní péčí nebo domácími činnostmi (European Commission, © 2023).

Definice dlouhodobé péče podle WHO (© 2023):

- a) Systém činností, které zajišťují lidem, jež nejsou plně schopni sami si zajistit péči o vlastní osobu, udržení maximální možné kvality života
- b) Zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti.
- c) Soubor služeb určený osobám se sníženou mírou funkční, fyzické nebo kognitivní kapacity, které jsou po delší časové období závislé na pomoci se základními činnostmi každodenního života

Klientům sociální práce může být poskytována sociální služba v jejich domácím nebo jiném přirozeném prostředí (Mátel, 2019). V tomto ohledu mluvíme o terénní sociální práci, docházení na vymezený čas poskytuje ambulantní sociální práce a jestliže klienti nedocházejí, ale přímo bydlí, bavíme se o pobytové sociální práci (Máte, 2019).

Ladislav Průša, a kol., (2021) rozdělují dlouhodobou péči na dvě skupiny, a tj. sociální péče a zdravotní péče.

„Český statistický úřad dlouhodobě publikuje výsledky zdravotnických účtů. První kvalifikace výdajů na dlouhodobou péči podle nové metodiky SHA 2011 byly publikovány v roce 2017. Podle této metodiky činily v roce 2018 celkové výdaje na dlouhodobou péči 80,2 mld. Kč, z toho 56,7 mld. Kč představovaly výdaje na dlouhodobou zdravotní péči a 23,5 mld. Kč výdaje na dlouhodobou sociální péči viz (obrázek č. 3)

Účelem dlouhodobé péče je poskytnout osobám s výrazně omezenou kapacitou podporu, která jim umožní žít život v souladu s jejich základními právy, základními svobodami a lidskou důstojností. Tuto formu péče využívají lidé s omezenými a

klesajícími funkcemi, aby si udrželi kvalitu života a mohli se věnovat aktivitám, které pro ně mají smysl, co nejvíce nezávisle a bezpečně (WHO, 2022).

3.1. Klienti dlouhodobé péče

WHO (2022) zmiňuje, že u lidí všech věkových skupin může docházet k rozvoji potřeb dlouhodobé péče, avšak s rostoucím počtem lidí ve stáří (60 let a více) se zvyšuje podíl uživatelů dlouhodobé péče mezi touto skupinou. Odhaduje se, že 142 milionů starších lidí po celém světě nejsou schopni samostatně uspokojit své základní potřeby, dva ze tří starších lidí budou pravděpodobně někdy v průběhu svého života potřebovat péči a podporu (WHO, 2022).

Z výsledků, analýz a statistik, které vznikly v nedávné době, vyplývá, že velmi často jsou příčinou institucionalizace nejen somatická onemocnění, jako jsou poruchy pohybového aparátu u starších osob, následky traumatu, cévní mozkové příhody, kardiovaskulární onemocnění a podobně, ale také psychická onemocnění, jejichž výskyt v současné době dramaticky narůstá (Válková, 2015). Potřeba dlouhodobé péče je častější u žen, lidí žijících sami a osob s nižším zdravotním a socioekonomickým statusem (WHO, 2022).

Typické pro klienty, kteří potřebují dlouhodobou péči, je, že diagnóza stanovená pomocí běžných biomedicínských metod nedokáže přesně určit, jakou péči a v jakém rozsahu potřebují, ani do jaké míry jsou závislí na svém okolí (Válková, 2015). Potřeba dlouhodobé péče může přenést péči na neformální pečovatele, kteří jsou většinou ženy, často starší a sami zažívají pokles funkčních schopností, časté a intenzivní ošetřování může mít škodlivé účinky na duševní a fyzické zdraví, což neúměrně postihuje ženy (WHO, 2022). Tyto problémy se během pandemie COVID-19 ještě více zvýraznily. (WHO, 2022).

Kuzníková (2017) uvádí příklady cílových skupin dlouhodobé péče:

- a) Lidé na konci života a jejich blízcí
- b) Osoby s chronickými onemocněními (OCH), včetně dětí
- c) Neformální pečovatelé

- d) Starší lidé s omezenou samostatností (se zhoršeným zdravím, nejstarší staří, křehkost) atd.

S ohledem na demografické předpovědi se očekává, že se v budoucnu zvýší výskyt onemocnění charakteristických pro starší věk, jako jsou neurodegenerativní nemoci, zejména Alzheimerova choroba (Kuzníková, 2017). Úplně konkrétní a rozsáhlou skupinou lidí jsou pacienti trpící duševními chorobami, které jsou obvykle chronické bez ohledu na původ nebo prognózu (Kuzníková, 2017).

Mezi jedince s trvalým onemocněním patří také lidé s postižením, kteří podstupují dlouhodobou rehabilitaci s cílem dosáhnout nebo se co nejvíce přiblížit původní kvalitě života, mezi tyto pacienty patří zejména jedinci, kteří prodělali postižení mozku (Kuzníková, 2017). Toto zařazení nezahrnuje pouze osoby po úrazech hlavy a mozku, ale také velké procento pacientů, kteří prodělali infekční onemocnění mozku (meningitidy, encefalitidy, nebo jiné záněty jako záněty středního a vnitřního ucha, vaskulitidy atd.), cévní mozkovou příhodu, mozkovou hypoxii a anoxii (Kuzníková, 2017). Tuto cílovou skupinu zmiňují zejména kvůli významu a nutnosti specifické následné zdravotně-sociální rehabilitace, která by měla být funkční a dostupná od příjmu pacienta v akutní fázi až po propuštění po dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti (Kuzníková, 2017).

3.1.1. Senioři

Stáří (sénium) je označení posledních etap ontogenetického vývoje člověka. Jedná se o projev a důsledek involučních změn probíhajících různou rychlostí a s výraznou interindividuální variabilitou (Kalvach a kol., 2004).

Stárnutí je nedílnou součástí našeho života, občas přemýšlíme o tom, s kým a jak bychom chtěli prožít své stáří, nebo spíše s kým ne (Venglářová, 2007). Lékařský pokrok umožňuje prodloužení života mnoha lidem s různými zdravotními problémy, v poslední době se také u nás stále více hovoří o kvalitě života v pozdním věku a nejen o jeho délce (Venglářová, 2007).. Samostatnost, adekvátní finanční zabezpečení a možnost spolurozhodování o sobě jsou v tomto období velmi cenné (Venglářová, 2007).

V práci s lidmi ve stáří je klíčová role týmu složeného z různých profesí, jako jsou například lékaři, pedagogové, sociální pracovníci, duchovní a jiní odborníci. Tento multidisciplinární tým je nezbytný pro úspěšnou péči o seniory (Dvořáčková, 2012).

Venglářová Martina (2007) uvádí, že reakce na změny jsou ovlivněny charakterem seniora, odezvou jeho prostředí a také možnostmi, jak získat podporu v oblastech, které senior nezvládá sám. Vycházející z toho vzniká model adaptace na stáří:

1. **Konstruktivní přístup** k pozdnímu věku. Během aktivního života je vhodné připravovat aktivity, které později můžeme rozvíjet. Kromě toho je důležité dbát na tělesné zdraví pomocí správné stravy a pohybu. Navázání širší sítě přátel a známých je také klíčové, protože pokud ztratíme jednoho nebo dva blízké přátele, můžeme se ocitnout v sociální izolaci. Udržování dobrých vztahů s rodinou je důležité po celý život a může nám přinést podporu od dětí a vnoučat.
2. Někteří lidé se stávají **závislími na svém okolí**. Fyzické problémy mohou zvýšit závislost na zdravotnických pracovnících nebo rodině, kteří jsou manipulováni seniorovými obtížemi k většímu kontaktu. Místo řešení sociální izolace se však řeší pouze symptomy onemocnění. V ústavní péči se také často setkáváme s klienty, kteří mají větší potřebu přítomnosti personálu a pomoci, aniž by to bylo odůvodněno objektivním stavem.
3. Občas nastanou situace, které jsou složitější a běžné zvládací mechanismy nejsou dostačující. V takovém případě může senior přijmout **nepřátelský postoj** a projevovat nepřátelství a hostilitu vůči personálu, lidem kolem sebe a ostatním klientům. To může vést k mnoha problémům v péči o starší klienty.

Ve vyspělých zemích od druhé poloviny 20. století vzrostla potřeba poskytování sociálních služeb pro seniory, která úzce souvisí s demografickým stárnutím populace, která právě v těchto zemích rapidně stoupá. Věková struktura obyvatelstva se proměňuje, jelikož klesá podíl dětí mladších 15 let na úkor starších 65 let. Stejný trend lze pozorovat i na vývoji věkové struktury obyvatelstva České republiky, jelikož od roku 1997 začíná převažovat postproduktivní část obyvatelstva (Svobodová, 2008).

Předpokládá se, že pokud bude současný trend stárnutí populace i nadále pokračovat, bude do roku 2050 v České republice každý dvacátý občan starší 85 let (Kuzníková,

2017). Klíčovými termíny týkající se problematiky seniorů pojmy je stáří, stárnutí (involuce), kvalita života, křehkost, gerontologie a geriatricie (Čevela et al, 2012).

3.1.2. Osoby se zdravotním postižením

Jan Michalík (2011, s. 186) popisuje zdravotní postižení jako dlouhotrvající nebo trvalý stav, jenž je vlastní orgánovou nebo funkční poruchou, je charakterizován jako nemožnost úplného odstranění nebo alespoň významného zlepšení pomocí veškeré lékařské péče. Tento stav zahrnuje omezení některých nebo více oblastí obvyklého fungování jedince, což způsobuje výrazné snížení jeho reálných možností a životních příležitostí, omezování jeho pracovních schopností a negativní dopad na mnoho aspektů kvality života postižené osoby.

V platném právním předpisu č. 108/2006 Sb. přesné znění zákona týkajícím se sociálních služeb, je zdravotní postižení vymezeno jako stav, kdy se jedinec potýká s tělesným, mentálním, psychickým, smyslovým nebo kombinovaným omezením, které může způsobit závislost na pomoci druhé osoby. V souladu se zákonem č. 435/2004 Sb., o pracovním trhu, jsou jedinci s postižením, kteří byli uznáni jako třídy invalidity, považováni za subjekty sociálního zabezpečení, stejně jako osoby se zdravotním postižením. Osoba se zdravotním postižením je fyzická osoba, která je schopna vykonávat pravidelnou práci nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnost být zaměstnána nebo zůstat začleněna do pracovního procesu je omezena. To znamená, že kvůli svému dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu jsou výkon dosavadního povolání, využití dosavadní kvalifikace nebo získání kvalifikace podstatně omezeny. Nicméně tato osoba není považována za zdravotně znevýhodněnou osobu se zdravotním postižením. Podle § 67 nejsou osobami se zdravotním postižením fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny jako neinvalidní po dobu 12 měsíců od tohoto posouzení.

Nováková I. (2011) uvádí, že lékařský přístup vychází z faktu, že zdravotní postižení je osobní výzva pro jedince, způsobená nemocí nebo zraněním. Z toho vychází také metoda řešení, která se zaměřuje především na lékařskou rehabilitaci.

Existuje celá řada různých rozlišení, ale nejčastěji se uvádí diferenciaci na základě hloubky postižení. V tomto případě rozlišujeme zdravotní postižení jako mírné, středně těžké a těžké (Michalík, 2011).

Příčinou těchto zdravotních postižení může docházet z dědičnosti, nehod, úrazů, nemocí, vznikem v prenatálním období, způsobeno komplikovaným porodem či drogami, léky (Nováková, I., 2011).

3.1.2.1. Osoby s tělesným postižením

Renotiérová, Ludvíková (2002) uvádí, že tělesné postižení jsou trvalé omezení, která snižují schopnost pohybu a jsou způsobena dlouhodobým nebo závažným působením na kognitivní, emocionální a sociální funkce. Mezi ně patří vady pohybového a nosného aparátu, jako jsou kosti, klouby, šlachy, svaly a cévní zásobení. Dále se také jedná o poškození nebo poruchy nervového systému, které se projevují omezenou hybností.

V psychologickém slovníku se tělesné postižení definuje jako stav, kdy je narušena schopnost pohybu a pracovní výkon je omezen. Toto postižení může být buď dočasné nebo trvalé a může být získané v průběhu života nebo vrozené. (Hartl, Hartlová, 2009).

Tělesné postižení se dělí na vrozené a získané. Mezi vrozené zařazujeme např.:

- a) Poruchy růstu (achondroplazie, gigantismus, nanismus)
- b) Poruchy tvaru a velikosti lebky (hydrocefalus, mikrocefalus, makrocefalus)
- c) Vrozené vady horní končetiny (amélie, dysmélie, syndaktylie, polyaktylie)
- d) Vrozené vady dolních končetin (-----)
- e) Rozštěpové vady (ret, lebka, čelist, páteř, patro)
- f) Centrální a periferní obrny (formy DMO)

Získané vady:

- a) Amputace
- b) Poúrazové stavy (úrazy mozku, páteře, poškození periferních nervů)
- c) Deformity tvaru těla (kyfóza, hyperlordóza, skolióza, plochá záda a noha)

Mezi získané vady mohou patřit také stavy po prodělané nemoci jako např.:

- a) Dětská infekční nemoc
- b) Revmatická onemocnění (revma horečka a vleklý revmatismus postihující klouby)
- c) Myopatie, progresivní dystrofie, neuropatie

d)Následky léčby závažných nemocí

(Kolektiv autorů, 2014).

3.1.2.1. Osoby s mentálním postižením

Ve zdravotnické oblasti pojem „mentálně postižení“ se využívala především jako synonymum k pojmu „mentální retardace“. V současné době ve speciální pedagogice pro děti tohoto onemocnění je užíván termín *oslabení kognitivního výkonu* (oslabení kognitivních funkcí). (Valenta, Michalík, 2018).

Snížení kognitivního výkonu znamená pokles výkonu, který není tak závažný jako mentální postižení (mentální retardace), ale stále ovlivňuje zejména vzdělávání a vyžaduje podpurná opatření v oblasti vzdělávání (nebo psychosociální podpory). (Valenta, Michalík, 2018).

Termín mentální retardace je volně přeložen jako zpoždění duševního vývoje. V současnosti má mnoho významových definic, které se společně zaměřují na snížení celkové funkčnosti jedince a jeho schopnosti na přizpůsobení se ke společnosti. (Valenta, Michalík, 2018).

Stávající diagnózu určuje zkušený a proškolený diagnostik. Sociální přizpůsobivost a intelektuální schopnosti se během procvičování a značnou rehabilitací mohou postupem času vyvíjet k lepšímu. Onu retardaci dělíme do několika stupňů a to dle standardizovanými testy inteligence, jež mohou také být nahrazeno škálami, jenž určují stupně sociální adaptace v prostředí. Využívají se proto tedy škála F70 - F79 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2023).

3.2. Poskytovatelé zdravotních služeb dlouhodobé péče

Během posledních let (2013 – 2017) se počet nemocnic následné péče zvýšil o 5 na celkem 37, počet hospiců o 2 na celkem 18. Zdánlivý výrazný pokles počtu léčeben dlouhodobé nemocných (LDN) ze 75 c roce 2015 na 37 v roce 2016 způsobila administrativní změna, kdy 38 LDN fungujících pod nemocnicemi bylo začleněno pod tyto nemocnice jako oddělení následné péče

Z hlediska podpory života v domácím prostředí má významnou roli právě zdravotní péče (DZP). Za posledních pět let vzrostl počet poskytovatelů DZP o více než čtvrtinu, tj. o 130 poskytovatelů.

Počet psychiatrických léčeben a rehabilitačních ústavů se za posledních pět let nezměnil, v roce 2017 bylo v ČR celkem 18 psychiatrických léčeben a 6 rehabilitačních ústavů, jejich rozmístění v rámci krajů ukazují kartodiagramy níže (Wija P., Bareš P., Žofka J., 2019). Mezi poskytovatelé dlouhodobé péče lze zařadit také zařízení pro léčbu drogově závislých, jejichž počet vzrostl během posledních pěti let více než dvojnásobně na 17 v roce 2017 (Wija P., Bareš P., Žofka J., 2019). Naopak počet dětských domovů pro děti do tří let, které s ohledem na věk dětí poskytují také odbornou zdravotní péči a patří mezi zdravotnická zařízení, poklesl (Wija P., Bareš P., Žofka J., 2019). Následující kartodiagramy poukazují na dostupnost následné a dlouhodobé péče z hlediska počtu poskytovatelů v jednotlivých krajích ČR, tyto počty však nezohledňují reálné kapacity, které je třeba vztahovat k počtu obyvatel spádové oblasti. (Wija P., Bareš P., Žofka J., 2019).

ÚZIS (2018) ukazuje počet hospiců v roce 2017 viz obrázek č. 4. Zároveň dle vlastního výzkumu k roku 2023 je počet hospiců kolem 69, viz obrázek č. 5. Vypsaná hospicová zařízení z roku 2023 jsou přiložena v příloze č. 6.

1.3. Poskytovatelé sociálních služeb dlouhodobé péče

Péče na dlouhé období v lékařských zařízeních je označována jako zdravotní péče a je definována v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., v platném znění a vymezena jejich podmínky poskytování a zákonem č. 373/2011 Sb., v platném znění.

Dlouhodobá péče je poskytována v terénní, ambulantní nebo institucionální podobě (Kuzníková, 2017). Kuzníková (2017) zmiňuje ve své publikaci, že dlouhodobá péče je zprostředkována profesionální a rodinou péčí, ta se také může nazývat jako neformální, kdy zahrnuje péči laiků bez vzdělání na tuto oblast – přátelé, blízcí, sousedé. Dlouhodobě nemocní však tuto formu péče všichni nevyužívají, nýbrž se snaží o udržení kvality dosavadního života. Případně jestli se něčím potýkají, zabraňují rozšíření či jakémukoliv zhoršování problému (Kuzníková, 2017).

Holmerová (2014) uvádí: V programovém prohlášení ze dne 4. srpna 2010 prohlašuje vláda České republiky: „*Společně s odborníky vláda vymezí dlouhodobou zdravotně-sociální péči a navrhne zavedení uceleného systému zdravotnických a sociálních služeb, včetně způsobu financování. Bude podporovat dlouhodobou péči v domácnostech pacientů, terénní a ambulantní služby přizpůsobené potřebám pacienta jako alternativu ústavní dlouhodobé péče. Podpoří rozvoj paliativní a hospicové péče.*“

Kuzníková (2017) dále uvádí příklady dlouhodobé péče:

Některé nemoci dýchacích cest mohou vést k částečné závislosti pacientů na dýchacích pomůckách, jako jsou přístroje na kyslík a oxygenátory. Většinou jsou dobře vyškolení a mají hlavní odpovědnost a znalosti o této péči pacienti v domácí péči. Tým domácí péče a praktický lékař pacienta edukují, informují a podporují během léčby. Léčba v domácím prostředí je pro pacienty jednoznačně výhodnější a příjemnější. V případě gastroenterologických onemocnění, která vyžadují specializovanou péči, se klade důraz na péči o stomie a v případě rozsáhlých střevních resekcí se také uplatňuje intravenózní výživa nebo jiné alternativní formy, které poskytuje sestra z agentury domácí péče. Kromě praktických lékařů se o klienty starají také konsultační chirurgové a gastroenterologové. Mezi další příklady onemocnění, kterým se věnují, patří metabolická, neurologická, onkologická a psychická onemocnění. Nemůžeme opomíjet ani péči v domácím prostředí, kde mají pacienti právo na léčbu. Obecně se tvrdí, že domácí prostředí ovlivňuje psychiku člověka nejvíce. V případě různých onemocnění musí být psychika pacienta právě tam nejsilnější.

II. PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE

1. Metodologie

1.1. *Cíl práce*

Cíl bakalářské práce je zjistit, jakou roli zastává zdravotně sociální pracovník v kontextu poskytování dlouhodobé péče. Dílčím cílem je zjistit, s jakými obtížemi se zdravotně sociální pracovníci setkávají v rámci dlouhodobé péče.

Dílčím cílem je popsat s jakými potížemi se sociální pracovník může setkat při výkonu práce. Následujícím dalším dílčím cílem bylo, co dělá sociální pracovník proto, aby nespadol do syndromu vyhoření a případně jak již řešil tuto problematiku.

1.2. *Výzkumné otázky*

Během provádění výzkumného průzkumu, který se skládal z polo-strukturovaných rozhovorů, jsem vytvořila podotázky, které sloužily jako základ pro analýzu poznatků, které vyplynuly z rozhovorů s jednotlivými respondenty.

Pro naplnění cíle byla zvolena jedna hlavní výzkumná otázka (HVO) a dvě dílčí otázky (DVO).

HVO: Jaká je role zdravotně sociálního pracovníka v dlouhodobé péči?

DVO₁: S jakými obtížemi se zdravotně sociální pracovníci setkávají v kontextu dlouhodobé péče?

DVO₂: Jaké prostředky psychohygieny využívají zdravotně sociální pracovníci?

2. Metodika

2.1. *Metody a techniky sběru dat*

Polostrukturovaný rozhovor spočívá v předem stanoveném schéma, u kterého je volný prostor k doplnění potřebných informací. Za souhlasu informantů se může využít hlasový záznam, z kterého se data zformulují do písemné verze, ze kterého jsem vycházela. Tato možnost může být sice časově náročnější, ale pro přístup k informacím je velmi spolehlivý. (Malíková, 2020). Co by v rozhovoru mělo obsahovat, jsou základní otázky daného tématu, které spočívají ve výzkumných otázkách. Je velmi nutné se stále držet stanoveného cíle a témata, jež byly zvoleny, převést do otevřených otázek, které musí být zodpovězeny. (Kajanová et al., 2017). Prověřujeme, zda jsme správně pochopili odpověď a klademe různé doplňující dotazy podle cílů (Miovsky, 2006). Během rozhovoru by se otázky měly spíše zaměřovat na otevřené otázky, uzavřené otázky používáme pouze k upřesnění odpovědi (Kajanová et al., 2017). Pracuje pomocí pokynů, což znamená, že daný soubor základních otázek může být upraven během rozhovoru (Kajanová et al., 2017). Cílem polo-strukturovaného interviewu je získat podrobné a rozsáhlé informace

V mé bakalářské práci během rozhovoru bylo použito několik otázek, které jsou vypsány v záznamovém archu, díky kterým měl být zjištěn cíl výzkumu, jehož záměrem bylo popsat roli zdravotně sociálních pracovníků v dlouhodobé péči, dále s jakými obtížemi se mohou potýkat a v neposlední řadě co dělají pro svou psychohygienu. Vše konkrétně v hospicových zařízeních. Zvolila jsem zařízení pro paliativní péči z důvodu zajímavosti toho, jak tato služba funguje a také jsem chtěla přiblížit čtenářům téma paliativní péče. Okruhy otázek jsou přiloženy v příloze, stejně tak jako záznamový arch.

2.2. Realizace výzkumu

Podle mého vlastního průzkumu jsem zjistila, že v Jihočeském kraji se nachází asi 69 zařízení specializujících se na hospicovou péči, své výsledky jsem našla na registru poskytovatelů sociálních služeb. Začátkem dubna 2023 jsem vypracovala potřebné otázky ke zjištění výzkumné a dílčích otázek do polostrukturovaného rozhovoru. O pár týdnů později jsem oslovila proto tedy tři terénní hospicová zařízení, jedno v Třeboni, druhé v Českých Budějovicích a třetí v Táboře, kde vyšli vstříc se spoluprací pro výzkum do bakalářské práce. Dvě zařízení jsem vybrala na základě osobní zkušenosti a exkurze během studia, zatímco třetí jsem si zvolila k rozšíření informací a svých znalostí, jak to probíhá tam.

Výskyt výzkumu se odehrával ve stejném měsíci dubna roku 2023 za využití aplikace Teams, z důvodu lepší časové flexibility. Všem informantům jsem ústně sdělila cíle mé bakalářské práce a účel výzkumu. Současně jsem jim předložila Informovaný souhlas k podepsání (příloha č. 3). Informovala jsem je, že mají právo kdykoli během rozhovoru ukončit spolupráci nebo odmítnout odpovědět na otázku, pokud by pro ně bylo nepříjemné odpovědět. Nikdo z nich však tuto možnost nevyužil. Každý informátor měl před zahájením rozhovoru možnost prostudovat záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor. Všichni oslovení informátoři ústně souhlasili se svým zapojením do výzkumu. Rozhovory byly nahrávány se souhlasem čtyř informátorů na mobilní telefon a v případě nesouhlasu s nahráváním bych si zaznamenávala jejich odpovědi do připraveného záznamového archu, nikdo takový nebyl. Na začátku rozhovoru proběhlo seznámení s výzkumem a poté jsem se zaměřila na sociodemografické údaje. Zeptala jsem se na pohlaví, věk, vzdělání, pozici, délku praxe v hospicovém zařízení a délku v pomáhající profesi. Tyto informace jsem zapsala do tabulky č. 2, pro snazší orientaci.

Po skončení rozhovorech jsem vždy všechny rozhovory přepsala do textové podoby v programu Microsoft Word a nahrávky jsem z mobilního telefonu vymazala. Sběr dat byl přepsán a zpracován otevřeným kódováním. Pro lepší přehlednost informantů, jsem zvolila pojmenování A,B,C,D. Po dokončení rozhovorů, které trvaly v průměru hodinu, následovalo doptávání se s cílem správného porozumění. Sběr dat jsem během rozhovoru zaznamenávala do záznamového archu (Příloha č. 1).

2.3. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumného šetření se zúčastnili zdravotně sociální pracovníci, kteří se setkávají s různými vnějšími podněty při výkonu jejich práce. Informanti pochází ze stejné oblasti a to hospicové služby. Vybraní informanti zodpověděli na sociodemografické údaje. Pro lepší orientaci jsou údaje zaznamenány do tabulky č. 2.

2.4. Výzkumný soubor

• Informantka A

Informantka A je 45 leté žena, která vystudovala Vysokou školu. Ve svém zaměstnání působí jako zdravotně sociální pracovnice a s občasným působením také jako

psychosociální pracovnice. V hospicovém zařízení působí již 5 let a celkově v pomáhající profesi 10 let.

- **Informantka B**

Informantka B je také 45 letá žena, která vystudovala Vysokou školu až k magisterskému titulu. Působí jako zdravotně sociální pracovník v hospicovém zařízení, ve kterém působí 7 let a v celkové pomáhající profesi se pohybuje 15 let.

- **Informantka C**

Informantka C je žena ve věku 27 let, dokončila bakalářské vzdělání na vysoké škole a v současné době dokončuje magisterské studium. Pracuje jako sociální pracovnice v hospicovém zařízení, kde působí téměř 18 měsíců a celkově má 5 let zkušeností v oblasti pomáhající profese.

- **Informantka D**

Poslední zúčastněná je rovněž dáma starší čtyřiceti let. Absolvovala magisterské studium. Zaujímá pozici pracovnice v sociální oblasti. V oblasti pomoci se věnuje již po dobu dvanácti let a na současném pracovišti působí teprve osm měsíců.

2.5. *Etika výzkumu*

Etiky výzkumu jsem se řídila podle Hendla (2005), kdy uvádí, že etika výzkumu je nedílnou součástí každého kvalitativního výzkumu, existují několik specifik, kterých se po etické stránce měly řídit. Dle něho patří mezi nejdůležitější a nejpodstatnější tyto zásady:

- a) Zachování anonymity
- b) Získání informovaného souhlasu
- c) Svoboda odmítnutí či souhlasu
- d) Poskytnutí emoční bezpečí – nutnost správného načasování a přizpůsobení otázky
- e) Zachování důvěrnosti informací

3. VÝSLEDKY

Rozhovory byly provedeny se čtyřmi zdravotně sociálními pracovníky, pro jejich rozdělení bylo použito pojmenování ZSP A, B, C, D. Získaná data byla použita v písemné formě s občasnými citacemi.

3.1. Sociodemografické údaje

Začátek rozhovorů probíhal formou seznamování s informanty. Kde jsem zjišťovala sociodemografické údaje, viz. tabulka č. 2.

Tabulka č.2 : Sociodemografické údaje

Označení informanta	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Délka praxe v hospici	Délka praxe v pomáhající profesi
ZSP A	45 let	Žena	VŠ (Mgr.)	5 let	10 let
ZSP B	45 let	Žena	VŠ (Mgr.)	7 let	15 let
ZSP C	27 let	Žena	VŠ (Bc.)	1,5 roku	5 let
ZSP D	40 let	Žena	VŠ (Mgr.)	8 měsíců	12 let

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že věkový rozptyl informantů je velmi široký, nejmladší z nich je ve věku 27 let. Žádný rozdíl však nenalezneme mezi pohlavím, kdy je uvedeno jedno a to samé; žena. Všichni informanti dosáhli vysokoškolského vzdělání, přičemž tři z nich mají magisterský titul a čtvrtý se právě nachází v procesu získávání magisterského titulu. Délka praxe v oblasti hospici se mezi informanty výrazně liší, stejně jako v jiných oblastech pomáhajících profesí.

3.2. Role zdravotně sociálního pracovníka v dlouhodobé péči

HVO: “Jaká je role zdravotně sociálního pracovníka v dlouhodobé péči?”

Hlavní otázka, jak již napovídá název je otázka, která je nejdůležitější pro výzkum. Pomocí několik podotázek, které jsem pokládala svým informantům, jsem tak mohla zjistit odpověď na tuto otázku.

1. Měl/a jste ihned představu, co vše bude obnášet vaše nynější povolání, popř do čeho jdete?

a. Čím se lišily představy?

U schématu č. 1 jsou popsány představy ZSP.

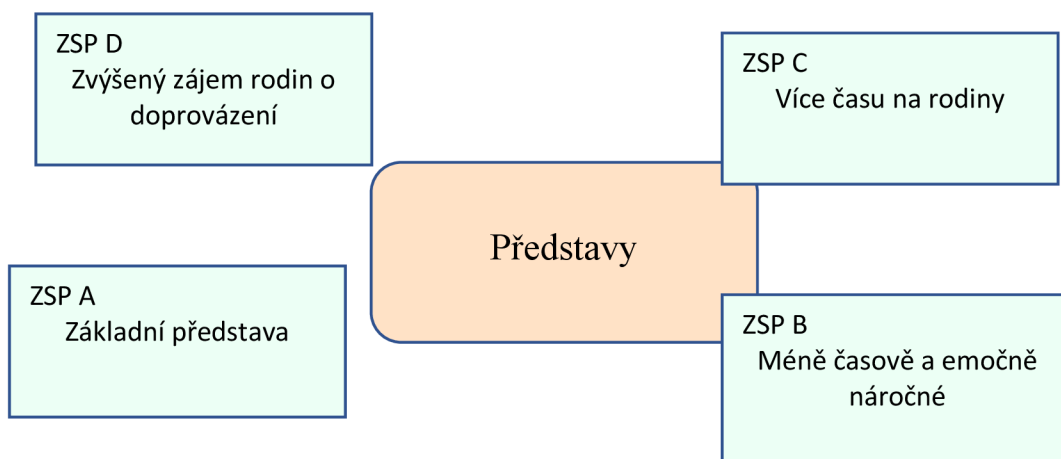


Schéma č. 1: Představy informantů v dlouhodobé péči

Zdroj: vlastní zdroj

Výzkum ukázal, že představy ZSP byly mírně odlišné. **ZSP A** uvedla „*Měla jsem pouze základní představu, ta se ale neliší od reality.*“ Oproti tomu, informanti **ZSP C** a **ZSP B** se shodovali, co se týče času. **ZSP C** odpověděla na mou otázku slovy: „*Už nemám žádná očekávání, kdy nastane den, kdy bude více času na rodiny Ze začátku jsem si řekla, že tohle dodělám a pak to přijde, jenomže v okamžiku se naskytlo opět něco jiného.*“ Poslední informantka uvedla zájem o větší početnost doprovázení rodin, která se však neshoduje s její představou. **ZSP D** naopak prohlásila, že předpokládala zvýšený zájem rodin o doprovázení v době smutku, avšak naopak se více aktivně ptá, zda-li potřebují nějakou pomoc.

2. Popište, jaká je Vaše denní náplň práce a role.

V schématu č. 2 je znázorněná náplň a role ZSP

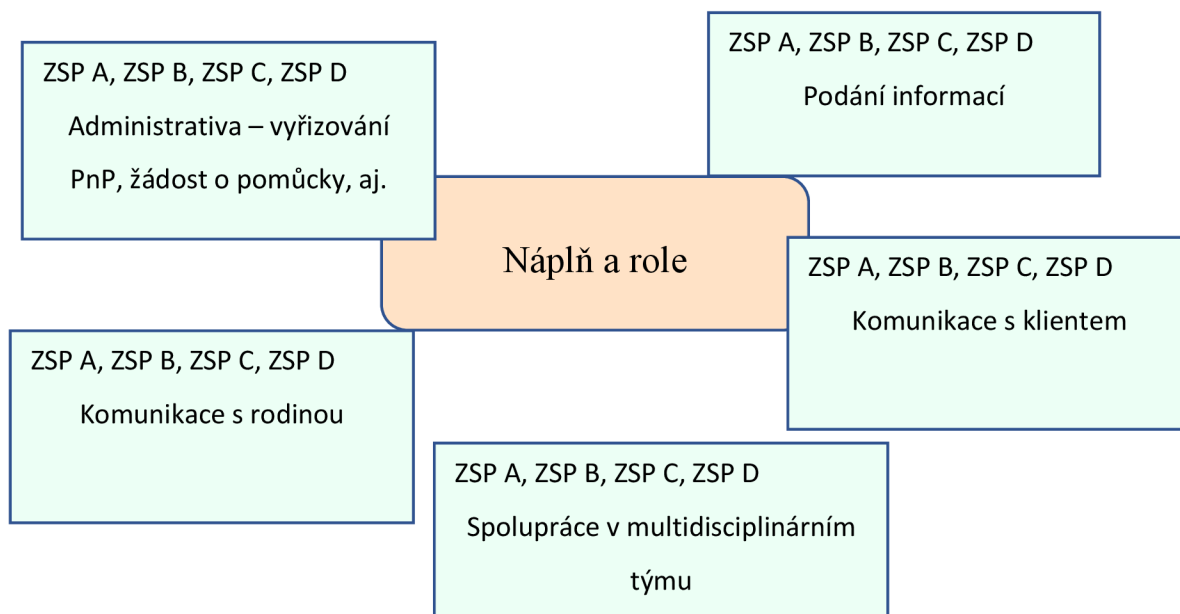


Schéma č. 2: Náplň a role ZSP

Zdroj: vlastní zdroj

Zde v tomto okruhu otázek na roli a náplň práce je odpověď ZSP jednoznačná. Všichni informanti jsou účastníci v multidisciplinárním týmu, kde disponují s jinými účastníky na péči klienta. Shodují se také na tom, že většinu svého času tráví administrativními úkoly. Ty zahrnují poskytování informací o poskytovaných službách, přijímání telefonátů od klientů a žadatelů, vyřizování PnP, ošetřovného, žádostí o pomůcky a psaní kondolencí. Navíc pravidelně navštěvují své klienty a žadatele v jejich domovech a spolupracují tak s ostatními pracovníky, nebo v jiných sociálních zařízeních. **ZSP D** popisuje svou roli jako „Připravuji tak půdu zdravotníkům a jiným kolegům, kteří budou ve spojení s klientem.“ Zároveň **ZSP C** konstatuje, že každý den je odlišný, jeden den se věnuje komunikaci s rodinami a druhý například řeší záležitosti na úřadech a magistrátech. Disponuje nejrozsáhlejšími pravomocemi a je nejaktivnější v činnostech.

3. Popište, co vás nejvíce naplňuje na této práci.

a. Případně, pociťujete nějaké poslání k výkonu této činnosti?

V schématu č. 3 je popis, co nejvíce naplňuje informanty na jejich práci.

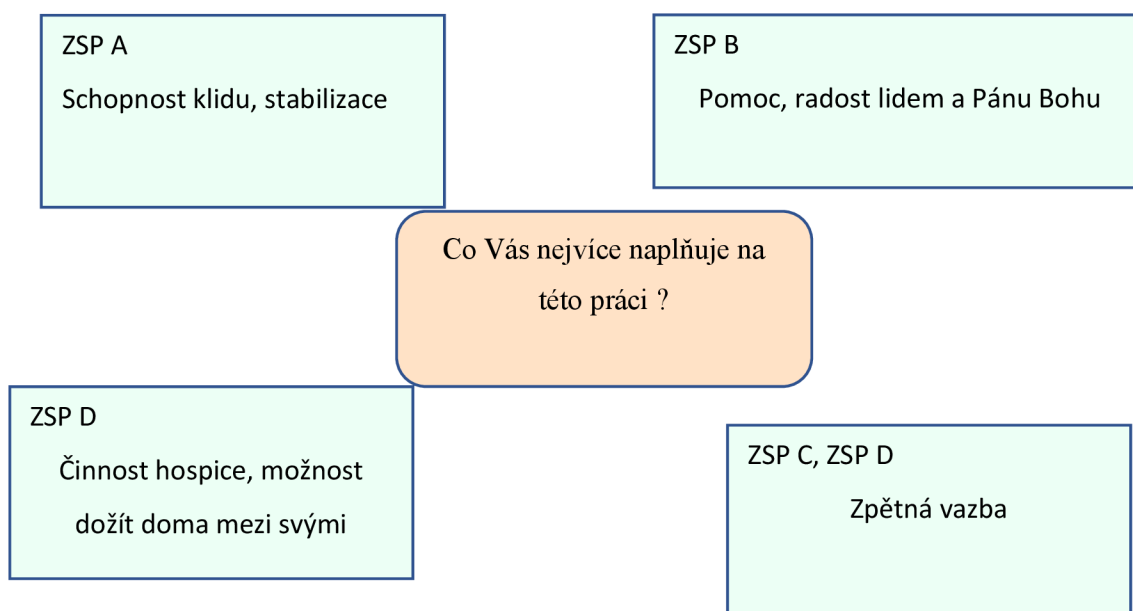


Schéma č. 3: Co nejvíce naplňuje ZSP na této práci

Zdroj: vlastní zdroj

Odpovědi na tuto otázku se vesměs shodovaly. **ZSP A** odpovídá „*Samotný fakt, že dokážu vnést do chaotické a zprvu beznadějně situace kolem umírání člena rodiny zklidnění, jakýsi řád, stabilizovat zhoršenou ekonomickou situaci.*“ Dále uvádí, že poslání přímo nepociťuje, ale spíše povinnost pomáhat lidem. Velmi ji naplňuje ošetrovatelská péče, která je však mimo její kapacitní možnosti. **ZSP B** odpovídá, že je to pro ni dobrá práce, která dělá radost lidem, přináší jim pomoc a radost i Pánu Bohu. Poslání netvrdí, spíše určité obdarování. **ZSP C** popisuje, že ji velmi naplňuje zpětná vazba, lidé upřímně poděkují a jsou rádi za veškerou pomoc. Se slovem poslání nesouzní, často se tím tak podle informantky sklouzává k syndromu pomocníka. **ZSP D** popisuje, že ji nejvíce naplňuje činnost hospice jako taková, umožnění lidem dožít doma mezi svými a pracovat v hospici si přála už od prvního ročníku na VŠ, kdy v tom spatřila hluboký smysl. „Myslím si, že mám dat pro práci se starými lidmi a nemocnými, zároveň díky vlastnímu trápení jsem vnitřně dozrála.“

4. Co byste chtěla dělat více pro své klienty, ale nemůžete, jelikož to není v popisu práce?

a. Naopak, čeho méně byste si přála, aby byl čas na Vaše přání, které byste chtěl/a spíše vykonávat?

Ve schématu č. 4 je uvedeno, čeho by si ZSP přáli méně vykonávat, aby si umožnili to, co by si přáli naopak splnit ve své práci.

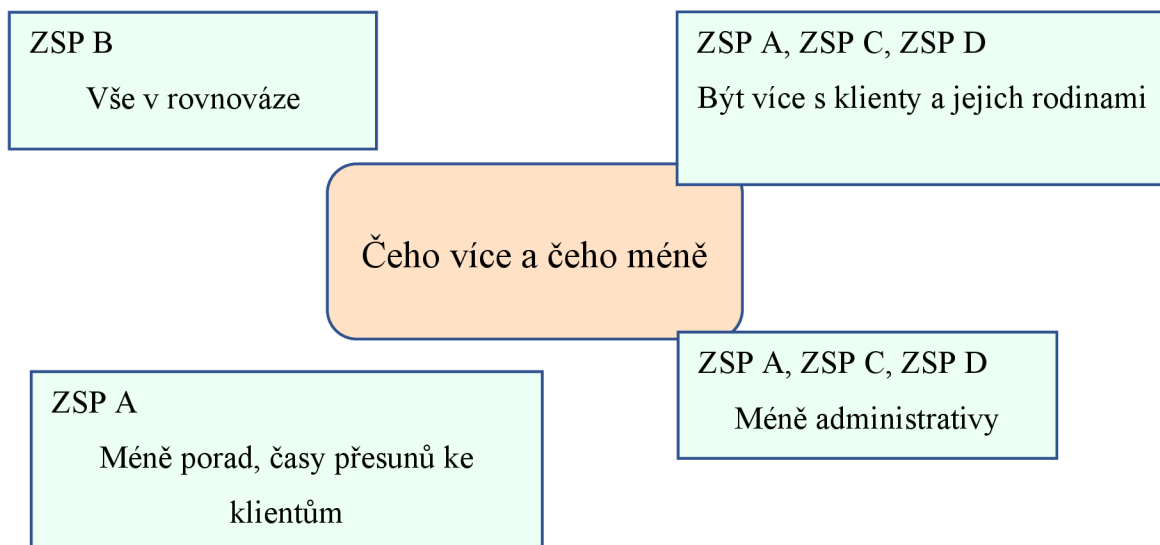


Schéma č. 4: Čeho více a čeho méně

Zdroj: vlastní zdroj

Převážná většina informantek se shodly na tom, že nejvíce mají práci s administrativou, která poté ubírá čas na své klienty, se kterými by chtěly být více. **ZSP A** uvedla také i méně porad, časy přesunů za klienty, které jsou taktéž nezbytné v terénní službě. Naopak **ZSP B** uvádí, že je vše v rovnováze.

3.3. Obtíže zdravotně sociálních pracovníků

Druhý okruh otázek se zabývá otázkami na první dílčí otázku „*S jakými obtížemi se zdravotně sociální pracovníci setkávají v kontextu dlouhodobé péče?*“

1. S jakými obtížemi jste počítala, když jste se rozhodla vstoupit do této profese?

Ve schématu č. 5 jsou uvedeny obtíže, ze kterých ZSP měly obavy.

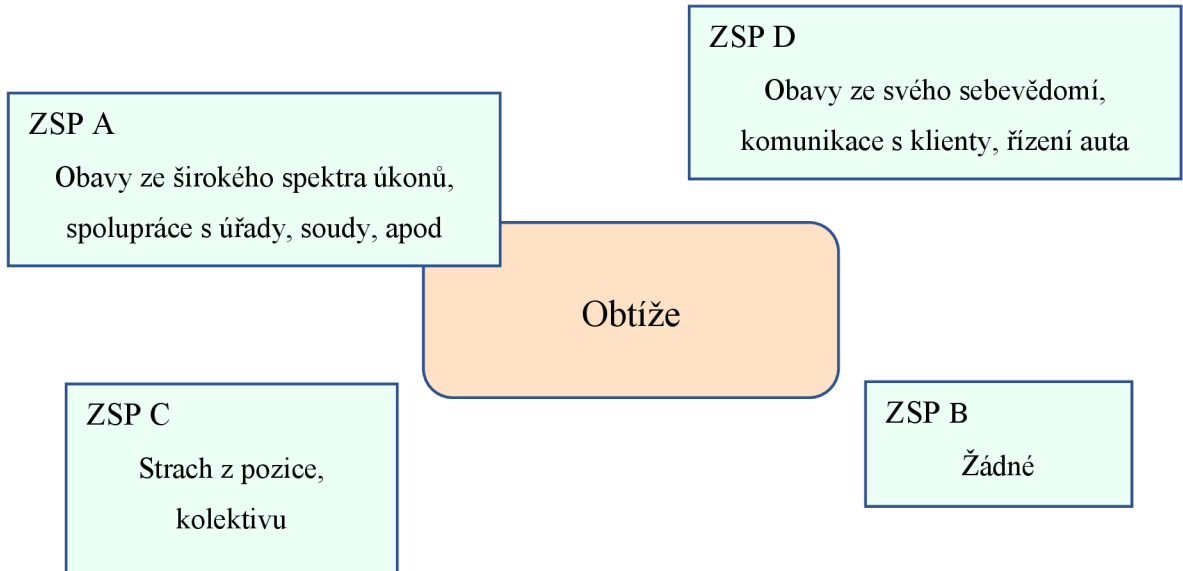


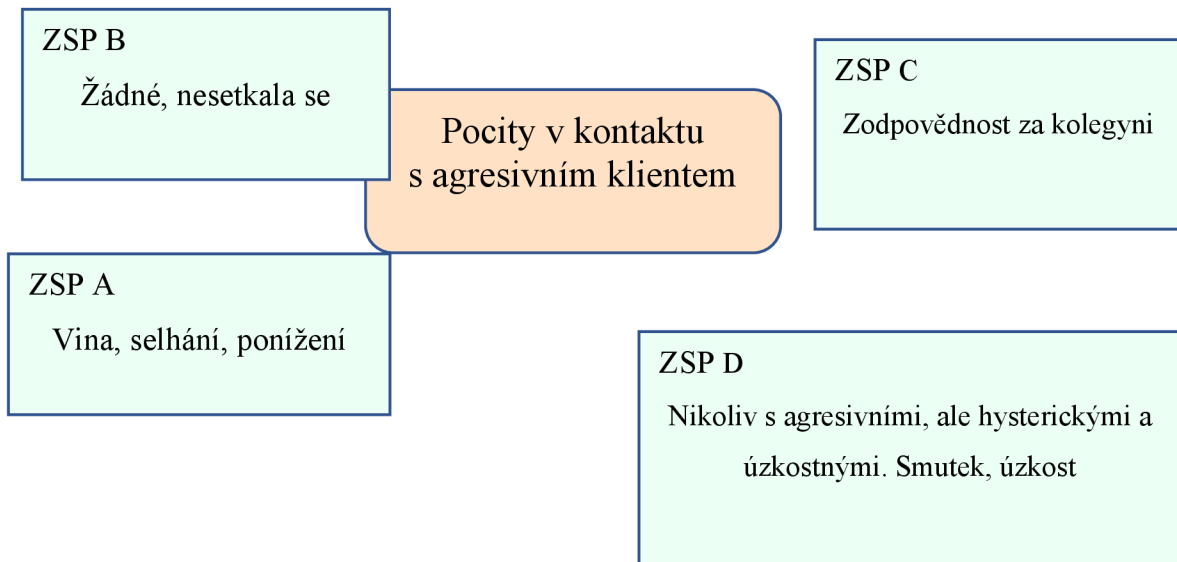
Schéma č. 5: Obtíže

Zdroj: vlastní zdroj

ZSP A měla obavy ze širokého spektra úkonů, spolupráci s úřady, soudy apod. „*To se ukázalo jako poměrně rutinní záležitost.*“ **ZSP B** nepočítala s žádnými obtížemi, věděla, že půjde do přátelského kolektivu, od kterého se může hodně naučit a se vším za nimi přijít. **ZSP C** uvádí, že má ráda výzvy, vkročila do toho a nechala vše plynout. Ze začátku měla strach, že zjistí, že neobstojí na této pozici, z kolektivu, ale ten si nakonec složila tým skvělých lidí sama. **ZSP D** měla drobné obavy ze svého nízkého sebevědomí, z komunikace s klienty, pozůstalými a ze řízení auta po celém okrese.

2. Jestliže jste se již někdy setkala s agresivními klienty, jaké to pro vás bylo a jaké byly Vaše pocity?

Ve schématu č. 6 popisují, kdo co cítil během kontaktu s agresivním klientem.



Zdroj: vlastní zdroj

Schéma č. 6: Pocity během agresivního klienta

ZSP A a **ZSP C** se již setkaly s agresivními klienty, u **ZSP A** tato situace vyústila k úpravě interních směrnic, intervizí s paní ředitelkou a individuální supervizí. Obojí ji velmi pomohlo a je si nyní vědoma rizikových faktorů, které přehlížela. Pociťovala pocit viny, selhání, ponížení, chvíli přemýšlela o změně zaměstnání. **ZSP C** naopak cítila zodpovědnost chránit svou kolegyni, která se lekla, a proto odešly a klienta nepřevzaly do péče. **ZSP B** se s takovými klienty nesetkala, za to **ZSP D** naopak pouze s hysterickými a s klienty ve stresu, úzkostnými. Pociťovala taktéž smutek, úzkost.

3. Jak těžké je pro vás přijmout odchod vašeho klienta?

U schématu č. 7 se dotazují, jak ZSP zvládají odchod svého klienta.

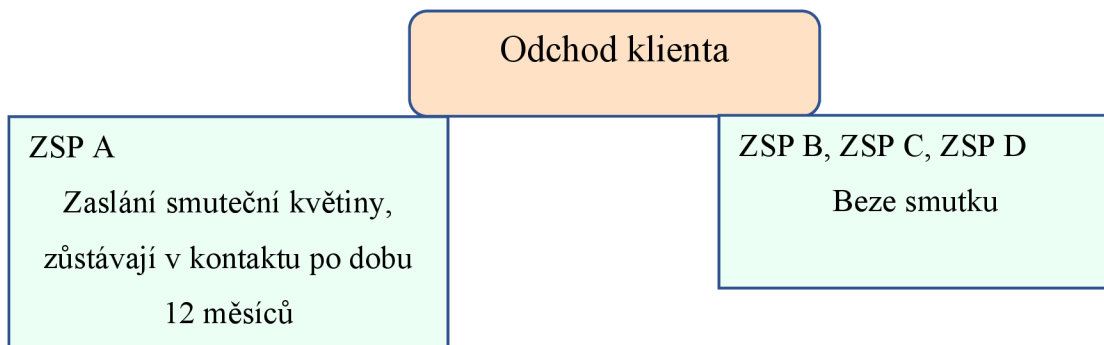


Schéma č. 7: Prožívání odchodu svého klienta

Zdroj: vlastní zdroj

Pro **ZSP A** uvádí, že pocitu smutku se neubrání, ale snaží se, aby to na ni nepůsobilo destruktivně, klientům zasílají na rozloučenou smuteční květinu a zůstávají v kontaktu s rodinou, jsou jim k dispozici po dobu 12 měsíců po úmrtí. Zbývající informantky **B,C,D** nic takového nezažívají, své klienty mají taktéž krátce a výjimečně se stane, že déle.

4. Jak si nastavujete „mantinely“?

U schématu č. 8 zjišťují, zdali ZSP si nastavuje mantinely mezi sebou a klientem.

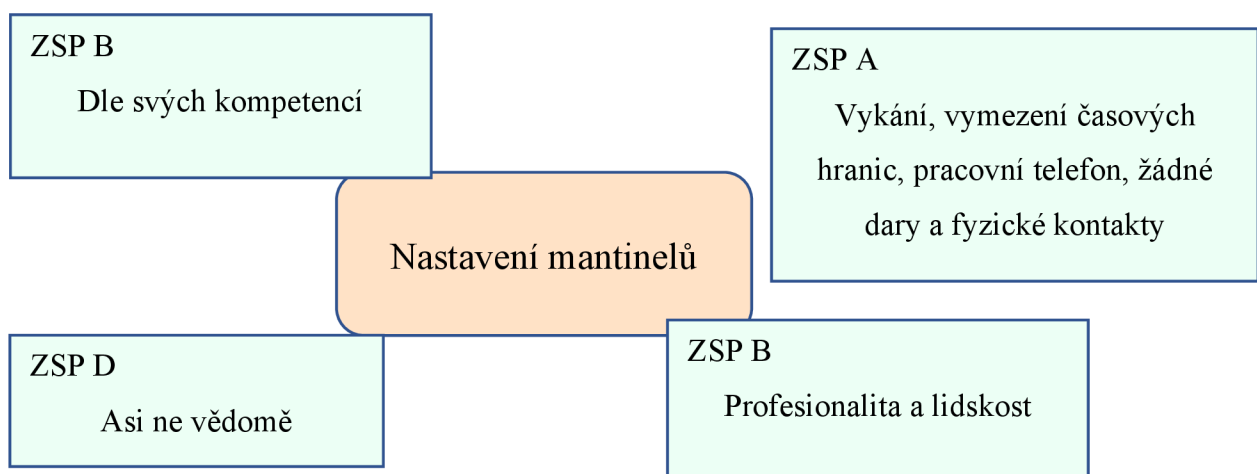


Schéma č. 8: Nastavení si mantinelů

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni zúčastnění odpovídají si nastavují nějakým způsobem své mantinely, hranice mezi jimi a klientem. **ZSP A** po zkušenostech si své mantinely nastavuje. S klienty si vyká, vymezuje časové hranice, kdy je k dispozici, výhradně používá pracovní telefon, nepřijímá dary a nepřistupuje na fyzické kontakty. „*Snažím se, aby byl můj vztah mezi mnou a klientem profesionální a lidský.*“ **ZSP B** si taktéž nastavuje mantinely a popisuje, že vztah musí být profesionální, aby mohli dobře poskytovat služby. „*To ale neznamená, že není empatický, nebo že nám je některý klient více sympatický a druhý méně.*“

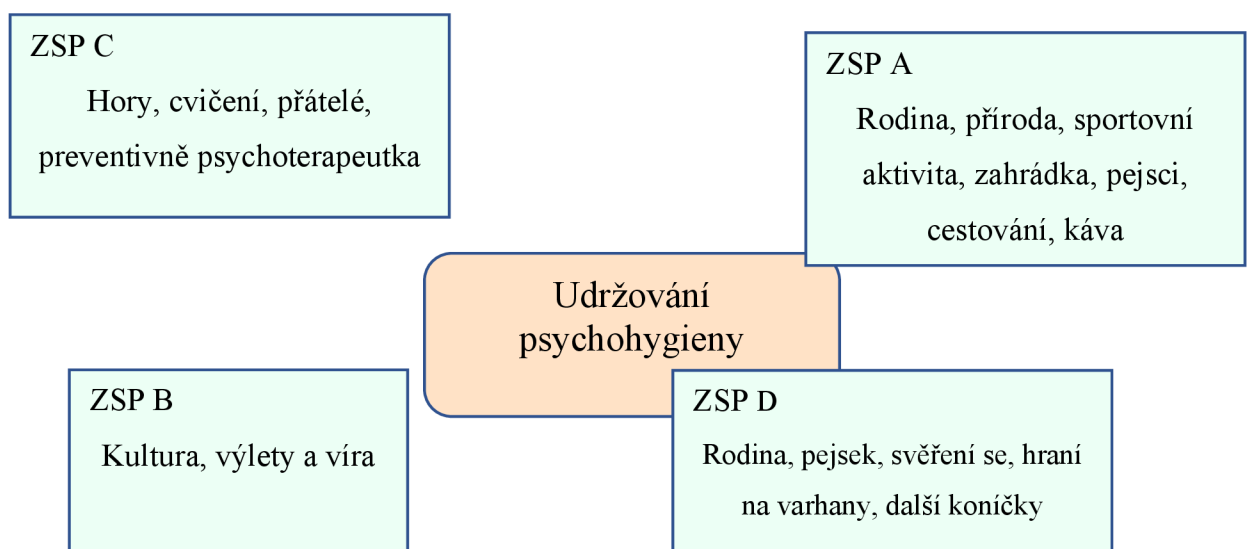
Třetí a poslední okruh otázek směřuje na druhou dílčí otázku „*Jaké prostředky psychohygieny využívají zdravotně sociální pracovníci?*“

3.4. Psychohygienu

1. Jak si svou psychohygienu udržujete, co Vám pomáhá?

a. Čím si dokážete „vyčistit“ hlavu od těžkého dne v práci?

Ve schématu č. 9 jsem se vyptávala jak si ZSP udržují svou psychohygienu



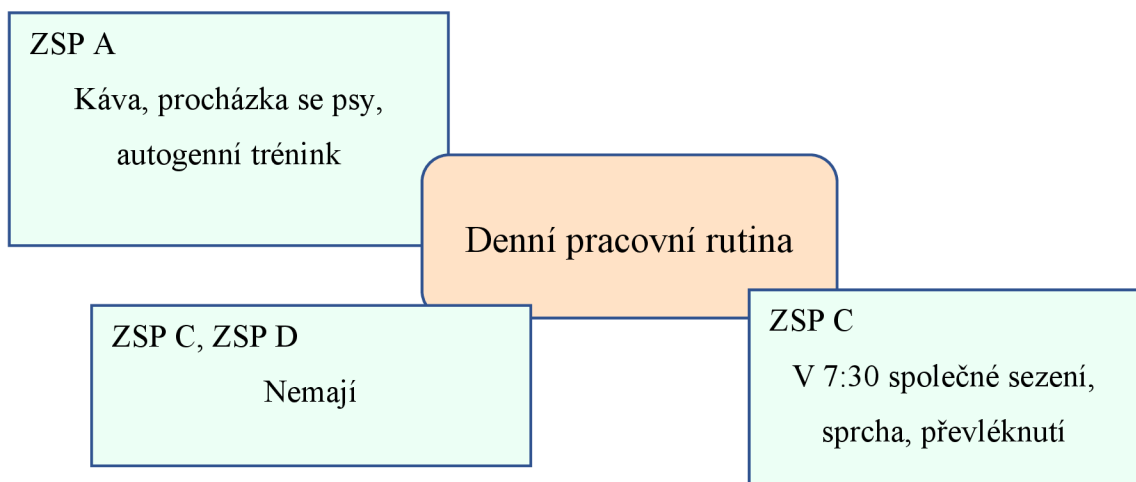
Zdroj: vlastní zdroj

Schéma č. 9: udržování psychohygieny

ZSP A má své prostředky na psychohygienu velmi rozmanité. Pomáhá ji rodina, příroda, sportovní aktivita, práce na zahradě, procházka se psy a cestování všeho druhu. Také se zmínila o relaxačních technikách – práce s dechem, autogenní trénin, mindfulness, imaginace, cirkulace (technika Biosyntézy), ráda si čte, zhlédne dobrý film a miluje kávu. **ZSP B** pomáhá kultura, výlety a víra. **ZSP C** ráda taktéž chodí do hor, ráda cvičí a poté tráví čas s přáteli. Preventivně dochází ke své psychoterapeutce. **ZSP D** na svou psychohygienu má rodinu, pejska a své koníčky. Se svými trabley se svěřá svým kolegyním.

2. Jakou máte nastavenou svou denní rutinu před a po práci, která je pro Vás nepostradatelná?

U schéma č. 10 jsem se vyptávala na jejich denní rutinu před a po práci.



Zdroj: vlastní zdroj

Schéma č. 10: Denní pracovní rutina

Pro **ZSP A** je nepostradatelná ranní káva a procházka se psy, pokud zbyde čas provádí po ránu autogenní trénink. **ZSP B** a **D** žádnou rutinu nemají. **ZSP C** uvádí „Každé ráno v 7:30 v zařízení máme společné sezení, takovou startovací půlhodinku, na které se společně nasnídáme, popovídáme o pracovních i nepracovních záležitostech. Poté, když jsem byla u některého ze svých umírajících klientů mám potřebu a zároveň to беру jako

důstojnost, se po práci převléknout a dát si sprchu. Tím je to o pro mě nepostradatelné a uzavřený pracovní den.“

3. Jakým způsobem dokážete oddělit svou práci od volného času?

U tohoto schématu č. 11 mi ZSP vysvětlily jak si oddělují svou práci od volného času

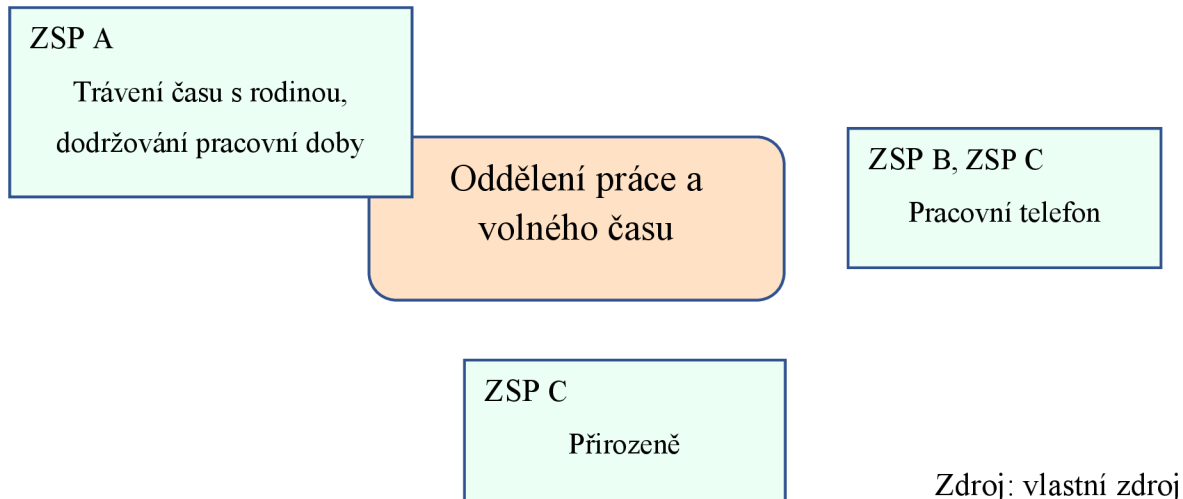


Schéma č. 11: Oddělení práce a volného času

ZSP A popisuje „*Snažím si svůj volný čas trávit s rodinou a jinými lidmi než s kolegy, snažím se dodržovat pracovní dobu a mít svůj čas jasně vymezený.*“ **ZSP B** „*Vlastním pracovní telefon, práci si dovedu oddělit od soukromého života.*“ **ZSP C** uvádí „*Přijde mi to přirozené, že si práci domů netahám. Když se někdo zeptá, jak to u nás probíhá vysvětlím, ale nerozebírám dopodrobna.*“

4. Jestliže máte příležitost se ve svém pracovním kolektivu zúčastnit supervize, během kterých můžete diskutovat o svých problémech, ale také o svých úspěších ve své práci, jak u Vás probíhá, jak často a jakou formou?

Schéma č. 12 znázorňuje možnosti supervize v zařízeních

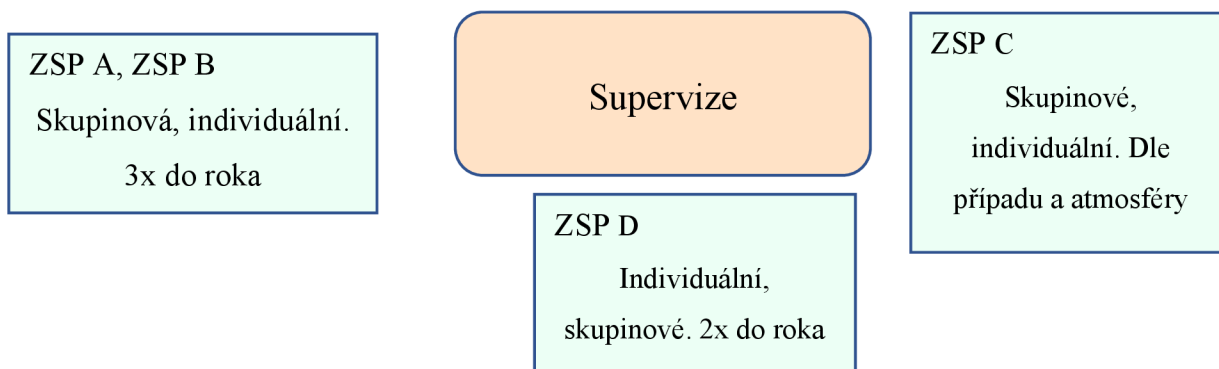


Schéma č. 12: Supervize

Zdroj: vlastní zdroj

ZSP A a **ZSP B** pracují ve stejném zařízení. Mají k dispozici individuální a skupinovou supervizi, týkajících se pracovních týmů a jsou povinné. Individuální jsou dobrovolné. Obecně je mají cca 3x do roka, někdy přichází i případová supervize. U **ZSP C** zařizuje vedoucí, také mají možnost se zúčastnit jak skupinové, tak i individuální. Nemají žádnou nastavenou časovost, vždy podle situace, pocitu a možnostech externího supervizora. **ZSP D** u nich taktéž probíhají obě varianty supervizí, pouze 2x ročně s externím supervizorem.

5. Jestliže jste slyšela již o syndromu vyhoření, jakou prevenci před vznikem syndromu vyhoření provádíte?

a. Co je podle Vás hlavním spouštěčem syndromu vyhoření?

U schématu č. 13 znázorňuji, zdali se ZSP setkali již se syndromem vyhoření a jaký je podle nich spouštěč.

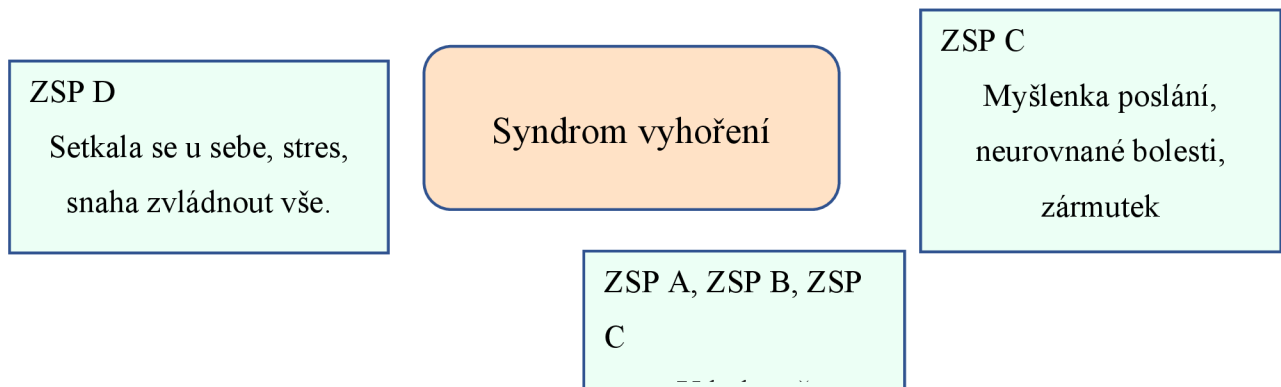


Schéma č. 13 – Syndrom vyhoření

Zdroj: vlastní zdroj

ZSP A, ZSP B, ZSP C se syndromem vyhoření setkaly pouze u svých kolegyň. Jako jediná **ZSP D** se syndromem vyhoření potýkala v předešlé práci. Skončila tehdy až na 3 měsíce v psychiatrii a byla v pracovní neschopnosti, poté změnila zaměstnání. Její důvod vzniku syndromu uvádí, že v předešlé práci měli podstav zaměstnanců, díky tomu vznikala nadbytek práce, který se nestíhal a zároveň tak byl vytvářen veliký tlak. Všechny informantky provádí svou prevenci viz výše **ZSP A** je nerovnováha mezi pracovním a osobním životem, pěstování pocitu vlastní nepostradatelnosti v práci. Naopak **ZSP B** uvádí nedostatek relaxace, nedodržování hranic a kompetencí. **ZSP C** se domnívá, že lidé, kteří používají myšlenku – poslání, jsou velmi náchylní lidé k tomuto syndromu. Dále lidé, kteří nemají v sobě urovnané nějaké bolesti, úmrtí svého člena rodiny, viz například jeho příbuzný zemřel na rakovinu plic a zároveň jeho klient má také rakovinu plic.

3.5. Shrnutí výsledků

V této části jsou zodpovězeny dotazy na základě zjištění průzkumu.

HVO: “Jaká je role zdravotně sociálního pracovníka v dlouhodobé péči?”

Vyhodnocení hlavní výzkumné otázky ukazuje, že výzkum umožnil identifikovat úlohu zdravotně sociálního pracovníka, která spočívá v tom, že ZSP je klíčovou osobou při poskytování služeb a pomoci klientovi a jeho rodině. Jejich role se příliš neliší, samozřejmě vše se odvíjí od pacientech, kteří potřebují svou péči mít individuálně nastavenou. Bohužel, většina času je věnována administrativním úkolům, což omezuje kontakt s klienty. ZSP odpověděly, že by jim usnadnilo práci, kdyby byl někdo specificky vyhrazený pro administrativu, tím by jim tak umožnilo strávit více času s klienty, kteří by toho využili.

DVO₁: S jakými obtížemi se zdravotně sociální pracovníci setkávají v kontextu dlouhodobé péče?”

První dílčí otázka se týkala obtíží, které by mohly postihnout pracovníky v oblasti zdravotně sociální péče při výkonu své práce. Na toto téma bylo odpovězeno, že všechny překážky, kterých se obávaly nebo se s nimi setkaly na začátku své kariéry, byly snadno překonány. . Veškeré obavy před nástupem do této oblasti vycházejí zprvopočátku a jsou zcela normální, později se však člověk dokáže přizpůsobit za chodu zdravotně sociální péče. Důležité však je, nastavit si ihned na začátku s klientem mantinely, které ochrání především osobu ZSP. Hlavními problémy, s nimiž se většina zdravotně sociálních pracovníků potýkala, byly administrativní povinnosti a obavy z komunikace s umírajícími nebo jejich blízkými. V průběhu své praxe se setkaly s obtížnými pacienty pouze v minimálním množství.

DVO₂: Jaké prostředky psychohygieny využívají zdravotně sociální pracovníci?

Druhá dílčí otázka zase směřovala k jejich psychohygieně a syndromu vyhoření. Zde jsem zjistila, že všichni zúčastnění vědí o syndromu vyhoření a jak jemu předcházet. Dotázaní informanti, kromě jedné informantky se se syndromem vyhoření nesetkaly. Ta, která se setkala, uvedla, že pouze v minulém zaměstnání. I přesto vše, se všechny informantky dbají na svou psychohygienu, věnují se svým koníčkům a umějí si svou práci oddělit od soukromého života. Proto, aby k němu nedošlo má každý nějaké záliby, či činnosti, kterým se věnuje a tím se tak vyhýbá syndromu. Důležité je podotknout

fakt, že nepostradatelné je vymezení si určité hranice mezi osobním a pracovním životem, kteří informantky mají zcela nastavené

4. DISKUSE

V diskusi se zaměříme na srovnání teoretických předpokladů s výsledky provedeného výzkumu. Účelem studie bylo zjistit, jakou roli zastává zdravotně sociální pracovník v hospicovém zařízení, jaká je jeho denní náplň práce, s jakými obtížemi se může potýkat a jakým způsobem pečuje o svou psychohygienu před syndromem vyhoření.

Úkolem bakalářské práce je vytyčit pozici zdravotně sociálního pracovníka v souvislosti s péčí na dlouhou dobu. Hlavním cílem výzkumné otázky je zjistit, jaká je role zdravotně sociálního pracovníka v dlouhodobé péči. Cílem první části je seznámit se s nástrahami, s nimiž se může zdravotně sociální pracovník setkat v průběhu svého zaměstnání. Druhá část se zaměřuje na informování o péči o vlastní psychické zdraví a jakými prostředky se zdravotně sociální pracovníci v hospicovém zařízení pečují o svou duševní pohodu.

Pevně věřím, že výhodou takového polostrukturovaného rozhovoru je přímý kontakt s informanty a nahlédnutí do jejich pracovního prostředí. Naopak nevýhodou může být časová náročnost.

Výběr informantů jsem zvolila na základě vlastní rodinné zkušenosti a společné třídní návštěvy v rámci exkurze a Dvě zařízení jsem vybrala na základě osobní zkušenosti a exkurze během studia, zatímco třetí jsem si zvolila k rozšíření informací a svých znalostí, jak to probíhá tam. Navzdory tomu, že se zaměřuji na zdravotně sociální pracovníky, mám pocit, že takováto zařízení stále neznají terminologii „zdravotně sociální pracovník“, ale pouze sociální pracovník, i když jejich kompetence patří do této oblasti. Podle mého názoru by mohla být všechna tato zařízení a sociální pracovníci seznámeni s pozicemi zdravotně sociálního pracovníka. Mohla by se zde uskutečnit osvěta. Dle Kuzníkové (2017) dlouhodobou péči také můžeme definovat jako lékařskou péči poskytovanou lidem trpícím chronickým onemocněním, kteří stále zůstávají soběstační a nezávislí na cizí pomoci. Tento typ péče je také dlouhodobý a cílený na prodloužení období soběstačnosti a minimalizaci komplikací spojených s nemocí.

Diskuse k hlavní výzkumné otázce HVO: „Jaká je role zdravotně sociálního pracovníka v dlouhodobé péči?“: Podle Řezníčka (1994) jsou základními rolí sociálních pracovníků péče, poradenství, trénink sociální adaptace, poskytování služeb, správa pracovních úkolů, řízení případů, řízení personálu a administrace.

Kuzníková et al. (2011) uvedli, že mezi činnosti zdravotně sociálního pracovníka patří řešení situace klientů, kteří jsou akutně hospitalizováni, poskytování sociální pomoci, sociální prevence, vedení sociální anamnézy a prognózy a používání metod. Podle průzkumu, který byl proveden, mi rozhovor poskytl úplný přehled o aktivitách pracovníků v oblasti zdravotnictví a sociální péče a všechny tyto aktivity, které jsou popsány Kuzníkovou et al. (2011), se shodují. Podle Kuzníkové et al. (2011) má pracovník v oblasti zdravotně sociální péče v zařízení klíčovou roli při zahájení procesu zdravotně sociální rehabilitace. Tento proces nejen prevencí, ale také udržováním kvality života klienta přispívá k jeho zdravotnímu a sociálnímu zlepšení (Kuzníková et al., 2011).

V oboru lze identifikovat určité sociální pozice, které zaměstnanci zauímají během své práce (Mátl, 2019). Studie prokázala, že informátoři se shodují v tom, co je součástí práce v hospicových zařízeních. Jelikož role zdravotně sociálního pracovníka je velmi rozmanitá a odvíjí se od každého jejich klienta, každý den je pro někoho jiný. Nelze tedy potvrdit, že v každém hospicovém zařízení je každodenní náplň stejná. Nejvíce odpovědi se týkalo administrativních úkonů. Role jsou svěřovány tím, že se pohybují mezi pracovníkem a klientem, který vyžaduje pomoc (Kutnohorská et al., 2011). Dále ve výzkumu se mi potvrdilo, že ZSP je stěžejní pro ostatní členy v multidisciplinárním týmu, jedna z respondentek uvedla popis ke své činnosti *„Připravuji tak půdu zdravotníkům a jiným kolegům, kteří budou ve spojení s klientem.“* . Obeznámily mě také, co vše se lišilo od jejich představ před nástupem a co je nejvíce naplňuje v jejich práci a jestli cítí nějaké poslání k výkonu činnosti. Dále jsem se jich zeptala jakým způsobem pečují o své duševní zdraví a jakým stylem se vyvarují před syndromem vyhoření. Každá z nich si svou práci umí oddělit od osobního života a během svého volného času se zabývají činnostmi, které je naplňují. Obeznámily mě také, co vše se lišilo od jejich představ před nástupem a co je nejvíce naplňuje v jejich práci a jestli cítí nějaké poslání k výkonu činnosti. Dále jsem se jich zeptala jakým způsobem pečují o své duševní zdraví a jakým stylem se vyvarují před syndromem vyhoření. Každá z nich si svou práci umí oddělit od osobního života a během svého volného času se zabývají činnostmi, které je naplňují. Kutnohorská, et al. (2011) uvádí, že typickou vlastností výkonu zdravotně sociální profese je nárok na povědomí o klientovi a jeho okolnostech.

Diskuse k dílčí výzkumné otázce DVO: „S jakými obtížemi se zdravotně sociální pracovníci setkávají v kontextu dlouhodobé péče?“: Jak již bylo zmíněno, pozice zdravotně sociálního pracovníka je rozmanitá, a tak se ZSP mohou potýkat s různými obtížemi jako respondenti ve výzkumu. Někteří se zmínili, že jako obtíž či obavu brali administrativu, na kterou si po čase zvykli a přišlo jim to zcela jako rutinní práce. Dále měly obavy z komunikace s umírajícími klienty a jejich rodinami, z které vyšel fakt, že nejpotřebnější je naslouchání, než hovoření. Také se mohou setkat s obtížnými klienty, ale to zřídka, protože hospicovou službu vyhledávají lidé, kteří skutečně potřebují pomoc, se kterou nemusejí mít žádnou zkušenost. Maroon (2012) uvádí *„Ve srovnání s jinými pomáhajícími povoláními se u sociálních pracovníků často obzvláště projevují pocity zoufalství, zátěž a vyhoření. Navíc se u sociálních pracovníků rozlišují různé stupně vyhoření podle jejich úlohy a druhu klientů.“* V tomto výzkumu, jedna z mých respondentek uvedla, že se s takovou situací již setkala, se zoufalstvím, když přišla do styku s agresivním klientem. Ke konci spolupráce jsou klienti a jejich rodiny nesmírně rádi za doprovázení a také i případné urovnání vztahů před odchodem svého blízkého. Myslím si, že pro výkon tohoto povolání je velmi důležité, aby si každý, kdo chce toto vykonávat, uměl stanovit své hranice, uměl oddělit práci a volný čas a v těžkých chvílích si uměl říct o pomoc.

Diskuse k druhé dílčí výzkumné otázce „Jaké prostředky psychohygieny využívají zdravotně sociální pracovníci“: Považuji psychickou hygienu za klíčový prvek v oblasti profesí zaměřených na pomoc lidem. Z výzkumu jsem proto zjistila, že aby se zdravotně sociální pracovníci udrželi v psychické pohodě, věnují se svým koníčkům, rodinám, přátelům. Někteří pro svou psychohygienu podnikají některé z fyzických aktivit, ať už cvičením, či procházkou nebo jinou výpravou do přírody. Jak již zmínily dvě autorky ve své publikaci (Hrozenková a Dvořáčková, 2013), tak i já ve svém výzkumu jsem zjistila, že syndrom vyčerpání je sada charakteristických symptomů, které se vyskytují u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nadměrného pracovního stresu.

Podle Křivohlavého (2010) jsou mezi metodami udržování psychické pohody relaxace, procházky, dechové cvičení, uvolňování svalů, vyjadřování emocí a cvičení zaměřené na relaxaci. Mahrová et al. (2008) k tomu dodávají, že je důležitá také supervize. Všechny zdravotně sociální pracovnice se shodly, že mají k dispozici supervizi skupinovou či individuální.

Dále jsem vyhodnotila z výzkumu, že většina informantů si umějí rozdělit svůj osobní život od pracovního. Švamberk Šauerová M. (2018) uvádí, že u syndromu vyhoření se jedná o psychický stav, který nevznikne z ničeho nic. Toto se potvrdilo i u jedné z mých respondentek, kterou postihnul tento syndrom v dřívějším zaměstnání a následně skončila na psychiatrii po dobu třech měsíců. Další respondentku postihla úzkost, když se setkala s agresivním klientem, uvedla, že přehlédla varovné signály, na které nyní bývá ostražitá. Loja (2019) pojednává o duševní hygieně jako ochraně před negativními emocemi a jako podpoře při řešení emocionálně náročných situací.

5. ZÁVĚR

V bakalářské práci s názvem "*Role zdravotně sociálního pracovníka v kontextu dlouhodobé péče*" jsem se v teoretické části snažila objasnit klíčové pojmy této problematiky, týkající se zdravotně sociálního pracovníka, jeho kompetencí, požadovaného vzdělání a vlastností, role v dlouhodobé péči a případných výzev, kterým může čelit. V další části teorie jsem se zaměřila na pojem "syndrom vyhoření", včetně rizikových faktorů, fází, projevů a důsledků, na prevenci a léčbu tohoto syndromu. Na závěr jsem přiblížila obsah dlouhodobé péče a rovněž jsem představila osoby, které ji mohou využít.

Z výzkumu bylo zjištěno, že obsah činností a kompetencí zdravotně sociálního pracovníka jsou si velmi blízcí napříč různými zařízeními, avšak ne zcela stejné. Každý klient hospicové péče je individuální a tak i jeho péče o něho je uzpůsobená přímo jemu na míru. Mezi činnostmi řadíme příjmy pacientů, administrativu, komunikaci s pacientem a jeho rodinou, psaní kondolencí, spolupráce s dalšími kolegy. Zdravotně sociální pracovník je klíčovým členem v multidisciplinárním týmu, kde plní roli stavebního kamene, jak již uvedla jedna z informantek. V hospicovém zařízení se mohou setkat s různorodými obtížemi, které se ale dají překonat, například velká část administrativy, komunikace s rodinou a klientem a zorientování se v průběhu praxe. Jako každá jiná pracující osoba v pomáhající profesi, dokonce i zdravotně sociální pracovník, se může setkat se syndromem vyhoření. Důležité proto, aby se předešlo takovéto situaci je, aby člověk neměl vysoké nároky ze začátku a nechtěl ihned „spasit“ svět. Stanovit si mantinely s klienty a umět rozdělit svůj osobní život od soukromého. Také bychom neměli opomenout na naše záliby a co nás dělá šťastnými a přijít na jiné myšlenky.

Na úplný závěr bych chtěla poznamenat, že bakalářskou práci lze použít jako zpětnou vazbu pro instituci, kde se výzkum uskutečnil. Výsledky práce mohou být užitečné pro pracovníky v oblasti zdravotně sociální péče v oblasti zdravotnictví a pro studenty oboru Zdravotně sociální péče, kteří zvažují práci v hospicovém zařízení.

6. SEZNAM LITERATURY

- 1) CABRNOCH M., 2010. *Dlouhodobá péče v politice ODS a EKR*, Praha: CEVRO – Liberálně-konzervativní akademii.
- 2) COX, D., PAWAR., 2013. *International social work*. 2. issue. Lon Angeles: Sage. ISBN 978-1-4522:1748-2.
- 3) ČEVELA, R., et al, 2012. *Sociální gerontologie – úvod do problematiky*. Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 4) DUNK-WEST, O., 2013. *How to be a social worker*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-37016-6.
- 5) DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 6) EGHIGIAN, G., 2017. *The Routledge history of madness and mental health*. London; New York: Routledge, Taylor & Francis Group. ISBN 978-0-367-86996-0.
- 7) European Commission. © 2023. *Employment, Social Affairs & Inclusion: Long-term care*. [online]. [cit. 12.3. 2023]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en&>.
- 8) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
- 9) HÁJKOVÁ S., 2018. *Následná intenzivní péče*, Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4470-7
- 10) HENDL, J., REMR., J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
- 11) HONZÁK, R., a kolektiv, 2019. *Vyhořet může každý*. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-180-9.
- 12) HROZENSKÁ M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013, *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- 13) KAJANOVÁ, A., a kolektiv, 2017. *Metodologie výzkumu a sociálních věd*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-639-5.
- 14) KLIMENTOVÁ, E., 2018. *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5436-8.

- 15) KOLEKTIV AUTORŮ, 2014. *Tělesné postižení* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci. [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/telesne-postizeni-a-zavazna-onemocneni/1-vymezeni-telesneho-postizeni-a-zavazneho-onemocneni/1-1-telesne-postizeni/>
- 16) KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- 17) KUBALČÍKOVÁ, Kateřina., 2015. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita., ISBN 978-80-210-7864-2.
- 18) KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3843-7.
- 19) KUZNÍKOVÁ, I., a kolektiv, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- 20) KUZNÍKOVÁ, I., 2017. *Dlouhodobá zdravotně-sociální péče*. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. ISBN 978-80-7464-968-4.
- 21) LOJA, R., 2019. *Emoce pod kontrolou: Pět kroků ke zvládnutí emocí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2977-5.
- 22) MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kolektiv, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- 23) MALÍKOVÁ E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
- 24) MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 25) MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.
- 26) MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.
- 27) MATOUŠEK, O., a kolektiv, 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- 28) MATOUŠEK, O., a kolektiv, 2013a. *Encyklopedie sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- 29) MATOUŠEK, O., a kolektiv, 2013b. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.

- 30) MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 2023. *F70-F79 - Mentální retardace* [online]. [cit. 2023-02-27] Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>.
- 31) MICHALÍK, J. a kol. ,2011. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Olomouc: univerzita Palackého v Olomouci, 2011a), 219s. ISBN 978-80-244-2957-1.
- 32) MICHALÍK, J., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011b), 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- 33) MICHALÍK, J. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením – kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3643-2-
- 34) NEŠPOR, K., 2020. *Úsměv a smích u pomáhajících profesích*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-470-1.
- 35) NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor činnosti, Zdraví a nemoc, vybrané skupiny onemocnění a zdravotních postižení, stárnutí stáří, paliativní péče, sociální služby*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3709-6.
- 36) ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*.
- 37) PAYNE, M., 2005. *Modern social work theory. 3. issue. Basingstoke: Palgrave Macmillan*. ISBN 978-1-4039-1836-9.
- 38) PAVOLINI, E., 2021. *Long-term care social protection models in the EU*. European Social Policy Network (ESPN), Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-76-55285-7.
- 39) PEŠEK, R., PRAŠKO, J., 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. V Praze: Pasparta Publishing. ISBN 978-80-88163-00-8.
- 40) RAMEŠOVÁ, M., 2019. *Mediátorství v sociální práci*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-735-4.
- 41) RENOTIÉROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L., a kol., 2002. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, ISBN 80-244-0532-6-
- 42) ŘEZNIČEK, I., 1994. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 80-85850-00-1.
- 43) SMETÁČKOVÁ I., ŠTECH S., a kol. 2020. *Učitelské vyhoření: proč vzniká a jak se proti němu bránit*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1668-1.

- 44) SMITH et al., 2023. *Burnout Prevention and Treatment* [online]. [cit. 2023-4-11].
Dostupné z: <https://www.helpguide.org/articles/stress/burnout-prevention-and-recovery.htm>
- 45) STOCK, Ch., 2011. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2011.
ISBN 978-80-247-3553-5.
- 46) SOCIÁLNÍ PRÁCE, 2020. *Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči*.
[online]. [cit. 2023-3-2]. Dostupné z:
<https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>
- 47) SVOBODOVÁ, K., 2008. *Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory*. In: NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVA, K., VIDOVIČOVÁ, L., *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestárnoucího sektoru*. Praha: VÚPSV, s. 9-22. ISBN 978-80-87007-96-9.
- 48) ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. 1. vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0470-3.
- 49) VALENTA, M., MICHALÍK, J., 2018. *Mentální postižení*. 2. Vydání. Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.
- 50) VÁLKOVÁ, M., 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha. ISBN 978-80-87023-45-7.
- 51) VÁVROVÁ, S., 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISN 978-80-262-0087-1.
- 52) VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
- 53) VENGLÁŘOVÁ, M., 20007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praga: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 54) VOJTÍŠKOVÁ, A., 2023. *Syndrom vyhoření*. [online]. Praha: Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra [cit. 2023-10-4]. Dostupné z: <https://www.zzmv.cz/syndrom-vyhoreni>.
- 55) WIJA P., BAREŠ P., ŽOFKA J., 2019. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, z.s. ISBN 978-80-907662-2-8
- 56) WIJA P., BAREŠ P., ŽOFKA J., 2019. *Atlas dlouhodobé péče ČR*.
- 57) WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019. *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. [online]. [cit. 2022-03-16].

Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

- 58) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2006.
- 59) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, 2004.

7. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Příloha č. 3 – Škála F70 – F79

Příloha č. 4 – Seznam tabulek

Příloha č. 5 – Seznam obrázků

Příloha č. 6 – Schémata

Příloha č. 7 – Seznam hospicových zařízení v roce 2023

Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor se sociálními pracovníky

Sociodemografické údaje:

- Věk
- Pohlaví
- Vzdělání
- Pozice
- Délka praxe v hospicovém zařízení
- Délka v pomáhající profesi

Náplň činnosti zdravotně sociálního pracovníka

- Měl/a jste ihned představu, co vše bude obnášet vaše nynější povolání, popř do čeho jdete?
- Čím se lišily se představy?
- Popište, jaká je Vaše denní náplň práce a role.
- Popište, co vás nejvíce naplňuje na této práci.
 - Případně, pociťujete nějaké poslání k výkonu této činnosti?
- Co byste chtěla dělat více pro své klienty, ale nemůžete, jelikož to není v popisu práce?
 - Naopak, čeho méně byste si přála, aby byl čas na Vaše přání, které byste chtěl/a spíše vykonávat?

Obtíže zdravotně sociálního pracovníka

- S jakými obtížemi jste počítala, když jste se rozhodla vstoupit do této profese?
- Jestliže jste se již někdy setkala s agresivními klienty, jaké to pro vás bylo a jaké byly Vaše pocity?
- Jak těžké je pro vás přijmout odchod vašeho klienta?

- Jak si nastavujete své „mantinely“?

Psychohygienu a syndrom vyhoření

- Jak si svou psychohygienu udržujete, co Vám pomáhá?
 - Čím si dokážete „vyčistit“ hlavu od těžkého dne v práci?
- Jakou máte nastavenou svou denní rutinu před a po práci, která je pro Vás nepostradatelná?
- Jakým způsobem dokážete oddělit svou práci od volného času?
- Jestliže máte příležitost se ve svém pracovním kolektivu zúčastnit supervize, během kterých můžete diskutovat o svých problémech, ale také o svých úspěších ve své práci, jak u Vás probíhá, jak často a jakou formou?
- Jestliže jste slyšela již o syndromu vyhoření, jakou prevenci před vznikem syndromu vyhoření provádíte?
- Co je podle Vás hlavním spouštěčem syndromu vyhoření?

Informovaný souhlas

Jméno informanta: _____

Informovaný souhlas o účasti na výzkumu k bakalářské práci na téma „Role zdravotně sociálního pracovníka v kontextu dlouhodobé péče“.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu. Souhlasím s využitím získaných dat pro bakalářskou práci Šárky Krejníkové, studentky 3. ročníku oboru Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Byl/a jsem poučen/a, že v rámci výzkumu mi bude zachována anonymita, v průběhu výzkumu mohu odstoupit a poskytnuté údaje budou použity pouze pro účely této bakalářské práce.

.....

datum

podpis informanta

Příloha č. 3 – Škála F70 – F79

- F70 = žádná či minimální porucha / lehká mentální retardace
 - Patří sem lehká slabomyslnost a lehká mentální subnormalita.
 - IQ mezi 50 až 69 – u dospělých odpovídá 9 – 12 let
- F71 = významná porucha chování, vyžadující pozornost či léčbu / Střední mentální retardace
 - Patří sem střední slabomyslnost (oligofrenie) a imbecilita
 - IQ 35 až 49 – u dospělých odpovídá věku 6 – 9 let
- F72 = těžká mentální retardace
 - Patří sem těžká mentální subnormalita a idioimbecilita
 - IQ 20 až 34 – u dospělých odpovídá 3 – 6 let
- F73 = hluboká mentální retardace
 - Patří sem hluboká slabomyslnost (oligofrenie) a idiocie
 - IQ nanejvýš 20 – u dospělých odpovídá pod 3 let věku
- F78 = jiná mentální retardace
- F79 = neurčená mentální retardace
 - Patří sem deficit NS a subnormalita NS

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Projevy a důsledky syndromu vyhoření

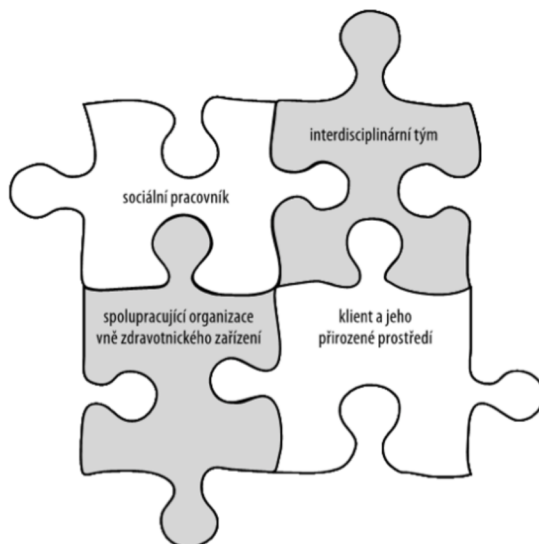
Vysoká pracovní zátěž	zvyšovat schopnost nést zátěž prostřednictvím kondičního cvičení, vyváženosti a využitím podpory okolí zmírnit zátěž – pohovořit s nadřízenými, používat zavedené modely pracovní doby nebo změnit pracovní náplň změnit pracovní pozici, dát výpověď	Počítat s překážkami
Nedostatek samostatnosti	pohovořit s nadřízenými změnit pracovní pozici, dát výpověď	
Nedostatek uznání	pohovořit s nadřízenými změnit pracovní pozici, dát výpověď	
Špatný kolektiv	pohovořit s kolegy, iniciovat změny navrhnout supervizi nad pracovní skupinou	
Nespravedlnost	pohovořit s nadřízenými změnit pracovní pozici, dát výpověď	
Konflikt hodnot	změnit pracovní pozici, dát výpověď	
Sebepoškozující vzorce chování	změnit přístup časový management	
Motivátory	změnit přístup	
Nízká odolnost	posilovat odolnost vůči zátěži prostřednictvím kondičního cvičení, sociální opory, vyváženosti, časového managementu	

Zdroj: Stock (2011)

Tabulka č 2. – Sociodemografické údaje

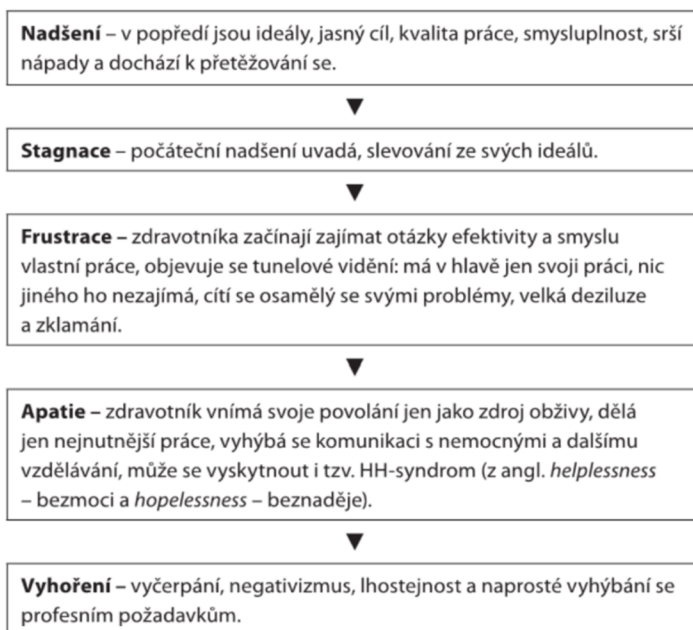
Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Propojení spolupráce ZSP ve zdravotnictví



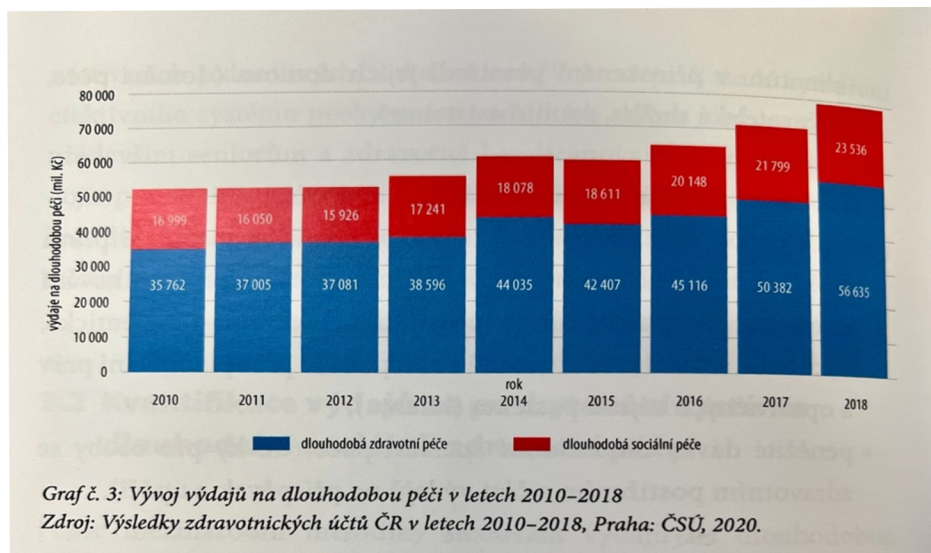
Kuzníková et al., (2011)

1. Obrázek č. 2 – Fáze syndromu vyhoření



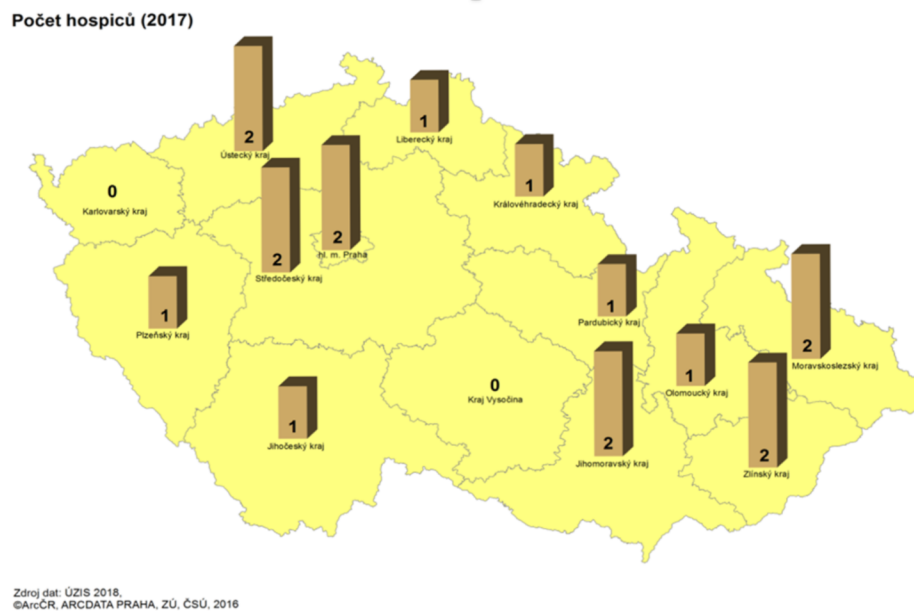
Zdroj: Venglářová M., (2011)

Obrázek č. 3 – Výsledky zdravotnických účtů



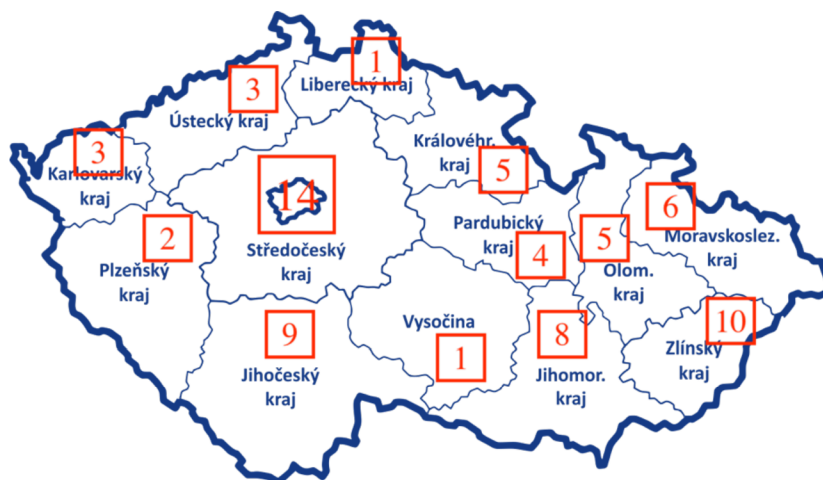
Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR (2020)

Obrázek č. 4 – Počet hospiců v roce 2017



Zdroj: ÚZIS (2018)

Obrázek č. 5 – Počet hospiců v roce 2023



Zdroj: vlastní výzkum

Příloha č. 6 – Schémata

Schéma č. 1: Představy informantů v dlouhodobé péči

Schéma č. 2: Náplň a role ZSP

Schéma č. 3: Co nejvíce naplňuje ZSP na této práci

Schéma č. 4: Čeho více a čeho méně

Schéma č. 5: Obtíže

Schéma č. 6: Pocity během agresivního klienta

Schéma č. 7: Prožívání odchodu svého klienta

Schéma č. 8: Nastavení si mantinelů

Schéma č. 9: udržování psychohygieny

Schéma č. 10: Denní pracovní rutina

Schéma č. 11: Oddělení práce a volného času

Schéma č. 12: Supervize

Příloha č. 7 – Seznam hospicových zařízení v roce 2023

Jihočeský kraj – počet 9.

1. České Budějovice (2) - Domácí hospic sv. Veroniky a Domácí hospicová péče Ledax.
2. Český Krumlov - domácí hospic sv. Víta.
3. Písek – Domácí hospic Athelas.
4. Prachatice Domácí hospic sv. Jakuba.
5. Strakonice – Domácí hospic sv. Markéty.
6. Tábor – Domácí hospic Jordán.
7. Trhové Sviny – Domácí hospicová péče LEDAX.
8. Třeboň – Hospicová péče sv. Kleofáše.

Zdroj: vlastní výzkum

Kraj Vysočina – počet 1

1. Domácí hospic Vysočina

Zdroj: vlastní výzkum

Jihomoravský kraj - počet 8.

1. Blansko – Mobilní hospic svatého Martina.
2. Brno – Hospic sv. Alžběty, Domácí hospic sv. Lucie, NFDO Krtek – Dětský domácí hospic.
3. Hustopeče – Domácí hospic Girasole.
4. Kyjov – Domácí hospicová služba „Davis“.
5. Rajhrad – Mobilní hospic sv. Jana.
6. Tišnov – Domácí hospic Porta Vitae.

Zdroj: vlastní výzkum

Zlínském kraj - počet 10.

1. Karolínka (2) – DOMA – domácí hospicová péče; Charita Nový Hrozenkov.
2. Rožnov pod Radhoštěm – Mobilní hospic Strom života.

3. Uherské Hradiště (2) – Domácí hospic Antonínek; PAHOP, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče, z.ú..
4. Valašské Meziříčí – Domácí hospic Společnou cestou.
5. Vsetín (2) – Domácí hospic Devětsil; Domácí hospicová péče Letokruhy, o.p.s..
6. Zlín (2) – Mobilní hospic Strom života; Domácí hospic Most k domovu Zlín.

Zdroj: vlastní výzkum

Moravskoslezský kraj – počet 6.

1. Havířov – Domácí hospic Strom života.
2. Karviná – Domácí hospic a komplexní ošetrovatelská péče Slezská humanita.
3. Nový Jičín – Domácí hospic Strom života.
4. Opava – Charitní hospicová péče Pokojný přístav.
5. Ostrava – Charitní středisko sv. Kryštofa; Mobilní hospic Ondrášek, o.p.s..
6. Třinec – Mobilní hospic při MEDICA zdravotní péče.

Zdroj: vlastní výzkum

Olomoucký kraj – počet 6.

1. Olomouc – Agentrua Pomadol, s.r.o., Hospicová péče Caritas, Nejste sami – mobilní hospic, z.ú..
2. Přerov – Mobilní hospic Strom života.
3. Šumperk – Hospicová péče Caritas.
4. Zábřeh – Hospicová péče Charity Zábřeh.

Zdroj: vlastní výzkum

Pardubický kraj - počet 4.

1. Heřmanův Městec – Domácí dětská paliativní péče ENERGEIA.
2. Holice – Domácí hospic Andělů strážných.
3. Polička – Domácí hospic sv. Michaela.
4. Ústí nad Orlicí – Domácí hospic Alfa-Omega

Zdroj: vlastní výzkum

Královehradecký kraj – počet 5.

1. Červený kostelec – Mobilní hospic Anežky České.
2. Hořice – Domácí hospic Duha o.p.s.. Hradec Králové – Domácí hospicová péče, Oblastní charita Hradec Králové.
3. Rychnov nad Kněžnou – Domácí hospic Setkání, o.p.s..
4. Vrchlabí – Domácí hospic Duha, o.p.s. – pobočka Vrchlabí.

Zdroj: vlastní výzkum

Liberecký kraj – počet 1.

1. Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.

Zdroj: vlastní výzkum

Ústecký kraj počet – 3.

1. Česká Kamenice – Domácí hospicová péče Oblastní charita Česká Kamenice.
2. Litoměřice – Hospic sv. Štěpána.
3. Ústí nad Labem – Mobilní hospic Masarykovy nemocnice.

Zdroj: vlastní výzkum

Karlovarský kraj – počet 3.

2. Březová – Domácí hospic Motýl.
3. Cheb - Hospic sv. Jiří.
4. Karlovy Vary – Agenturs paliativní péče Ladara, s.r.o..

Zdroj: vlastní výzkum

Plzeňský kraj - počet 2.

1. Plzeň – Domov – plzeňská hospicová péče, z.ú..
2. Tachov – Mobilní hospic sv. Jiří.

Zdroj: vlastní výzkum

Středočeský kraj a Praha - počet 14.

1. Benešov – RUAH o.p.s..
2. Beroun – Centrum domácí péče.
3. Čerčany – Domácí hospic Dobrého pastýře.

4. Kladno – Hospic svaté Hedviky.
5. Kolín – Domáci hospic Srdcem.
6. Kutná Hora – SC domácí péče, o.p.s..
7. Lysá nad Labem – Domáci hospic Nablízku, z.ú..
8. Mělník – Hospic Tempus, z.s..
9. Oskořínek (Nymburk) – Domáci hospic ... doma je nejlíp.
10. Praha – Domáci hospic Cesta domů, Mobilní hospic Most k domovu, Péče doma
– mobilní hospic, z.ú..
11. Příbram – Paliativní tým oblastní nemocnice Příbram.
12. Sedlčany – Domáci hospic Křídla.

Zdroj: vlastní výzkum

8. SEZNAM ZKRATEK

SP – Sociální pracovník

PnP – Příspěvek na péči

ZSP – Zdravotně sociální pracovník

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)