

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici

Bakalářská práce

Autor: Gabriela Jírová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Gabriela Jírová
Studium:	U1474
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce ve veřejné správě
Název bakalářské práce:	Role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici
Název bakalářské práce AJ:	Role of a Social Worker in a Hospice House

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude věnovat tématu Role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici. Práce se bude dělit na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části budou rozebrána témata: hospice, sociální práce v hospici, sociální pracovník. Praktická část bude věnována realizaci průzkumu a vyhodnocení dat. Bude použita kvalitativní výzkumná metoda formou polostrukturovaného rozhovoru. Vymezení pojmů z oblasti sociální práce v lůžkovém hospici. Příprava metodiky průzkumu. Realizace šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky. Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace. Presentace výsledků průzkumu, jejich shrnutí.

SVATOŠOVÁ Marie. Hospice a umění doprovázet. STUDENT Johann-Christoph, MÜHLUM Albert a STUDENT Ute. Sociální práce v hospici a paliativní péče. KUTNOHORSKÁ Jana, CICHÁ Martina a GOLDMANN Radoslav. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. TRUHLÁŘOVÁ Zuzana, LEVICKÁ Jana, VOSEČKOVÁ Alena, Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatелů.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	prof. PhDr. Jana Levická, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	4. 12. 2014

Prohlášení

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

V Chrasti dne 12. 3. 2017

.....

Gabriela Jírová

Poděkování

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za její odborné vedení, ochotu, cenné rady a laskavý přístup, který mi věnovala v průběhu zpracování bakalářské práce.

Děkuji i všem sociálním pracovníkům, kteří se podíleli na výzkumném šetření mé bakalářské práce.

Abstrakt

JÍROVÁ, Gabriela. *Role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici a následné ověření, jak je tato role reflektována samotnými sociálními pracovníky v praxi. Teoretická část je rozdělena do tří na sebe navazujících kapitol. První kapitola se věnuje vymezení základních pojmů, dále historii a formám hospicové péče a v neposlední řadě paliativní medicíně v lůžkovém hospici a procesu umírání. Druhá kapitola poskytuje ucelené informace o sociální práci v lůžkovém hospici jako je cíl a poslání sociální práce. Dále budou uvedeny etické principy sociální práce, kterými by se měli sociální pracovníci řídit. Zaměřena bude také na metody a přístupy sociální práce, kterých může sociální pracovník využít v hospicové péči. Třetí kapitola nese název Sociální pracovník v hospici a považuji ji za klíčovou k získání teoretického vhledu do role sociálního pracovníka v hospici. Tato kapitola se bude zabývat osobnostními předpoklady, kterými by měl sociální pracovník disponovat, a získáváním odborné způsobilosti sociálních pracovníků. Dále se bude věnovat možným profesním rolím a pracovní náplní sociálního pracovníka.

V empirické části práce je využita kvalitativní výzkumná strategie, konkrétně polostrukturované rozhovory, které byly vedeny se šesti sociálními pracovníky, kteří vykonávají sociální práci v lůžkovém hospici. Tyto rozhovory byly následně vyhodnocovány a interpretovány. Výsledky výzkumného šetření jsou uvedeny v závěru výzkumné části a mohly by být přínosné pro laiky i odborníky, kteří se péčí o umírající zabývají. V neposlední řadě by mohla práce sloužit k získání vyšší prestiže sociálních pracovníků.

Klíčová slova: hospic, hospicová péče, sociální práce, sociální pracovník, umírání

Abstract

JÍROVÁ, Gabriela. *Role of a Social Worker in a Hospice House*. Hradec Králové, 2017. Bachelor's thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work.

The main aim of the Bachelor's thesis is to map the role of a social worker in a hospice house and then to check how this role is reflected by the social workers themselves in their practice. The theoretical part is divided into three related chapters. The first chapter focuses to the definition of the main terms, to the history and forms of the hospice care and, last but not least, to the palliative medicine in a hospice house and to the process of dying. The second chapter provides integral information about social work in a hospice house like the aim and mission of social work. The thesis specifies the ethical principles of social work that should be followed by the social workers. It also aims at the social work methods and approaches that can be used by the social workers in the hospice care. The third chapter is titled *Social Worker in a Hospice House* and I consider it crucial to obtain a theoretical insight in the role of a social worker in a hospice house. The chapter deals with the personality pre-requisites that a social worker should have, with professional competence obtaining by social workers, and with possible professional roles and social worker's job specification.

The empirical part of the thesis uses the qualitative research strategy, namely the half-structured interviews with six social workers who work in a hospice house. The interviews were subsequently evaluated and interpreted. The research results are shown in the final part of the research part of the thesis and could be of value both for the lay public and professionals who deal with the care for dying people. Last but not least, the thesis could serve for the social workers to reach higher prestige.

Key words: hospice house, hospice care, social work, social worker, dying

Obsah

ÚVOD	8
1 HOSPIC.....	10
1.1 Vymezení pojmu hospic a hospicová péče	10
1.2 Formy hospicové péče.....	11
1.3 Paliativní medicína v lůžkovém hospici.....	13
1.4 Vlastní proces umírání	15
2 SOCIÁLNÍ PRÁCE V LŮŽKOVÉM HOSPICI.....	17
2.1 Cíl a poslání sociální práce v hospici.....	17
2.2 Etické principy v hospicích.....	18
2.3 Metody a přístupy v kontextu sociální práce v hospici	20
3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V HOSPICI	23
3.1 Osobnostní předpoklady sociálního pracovníka v hospicové péči.....	23
3.2 Získávání odborné způsobilosti k výkonu sociálního pracovníka v hospici	24
3.3 Role sociálního pracovníka v hospicové péči	25
3.4 Náplň práce sociálního pracovníka	26
4 SHRNU TÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	28
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	30
5.1 Cíl výzkumného šetření.....	30
5.2 Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek	31
5.3 Výzkumná strategie.....	33
5.4 Výběr nositelů informací a jejich charakteristika.....	34
5.5 Organizace výzkumného šetření	35
6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	36
7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	49

ÚVOD

“Jsi důležitý, protože jsi. Jsi důležitý do poslední chvíle tvého života, a my uděláme vše, co je v našich silách, nejen abychom ti pomohli zemřít v pokoji, ale abychom ti pomohli žít, než zemřeš.”

Cicelly Saunders, zakladatelka hospice Sv. Kryštofa, Londýn

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala pro laiky poněkud pochmurné téma – Role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici. Mé první setkání se smrtí tváří v tvář proběhlo před patnácti lety v Domově pro seniory, kde jsem pracovala jako sestra u lůžka. V té době byla péče o umírající víceméně v rukou nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných a domovů důchodců, kde péče o umírající nebyla na tak vysoké úrovni, jako je dnes v zařízeních hospicového typu. Často jsem se setkávala s názorem v tom smyslu, že „smrt je součást života“ nebo „smrt je přirozená věc“, ale praxe tomu neodpovídala. Poslední chvíle života se dají prožít důstojně a v okruhu nejbližších. Díky této pracovní zkušenosti jsem začala více přemýšlet o zlepšení péče o umírající.

Již od prvního semestru jsem si volila praxe tak, abych získala co nejširší okruh poznatků o důstojném umírání. Jednalo se o praxi v domově pro seniory, léčebně dlouhodobě nemocných a v hospici. Všechny tyto praxe mi umožnily proniknout do problematiky péče o umírající. Uvědomila jsem si její důležitost i složitost. Proto výběr tématu mé bakalářské práce byl jednoduchý. Jejím prostřednictvím bych chtěla završit nasbírané zkušenosti a vědomosti z této oblasti.

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici a následné ověření, jak je tato role reflektována samotnými sociálními pracovníky v praxi. Moje práce tedy bude směřovat k objasnění role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici, čímž bych chtěla přispět k podpoře získání vyšší prestiže sociálních pracovníků a vysvětlení jejich nezastupitelnosti v hospicové péči. Role je zde chápána jako úloha či pozice. Získané informace by mohly být přínosné nejen pro laiky, ale i odborníky, kteří se péčí o umírající zabývají.

Předkládaná bakalářská práce se ve třech kapitolách zabývá teoretickým vymezením zásadních oblastí. První kapitola se věnuje vymezení pojmu hospice, dále historii a

formám hospicové péče a v neposlední řadě paliativní medicíně v lůžkovém hospici a procesu umírání. Druhá kapitola poskytuje ucelené informace o sociální práci v lůžkovém hospici, jako je cíl a poslání sociální práce. Dále budou uvedeny etické principy sociální práce, kterými by se měli sociální pracovníci řídit. Zaměřena bude také na metody a přístupy sociální práce, kterých může sociální pracovník využít v hospicové péči. Třetí kapitola nese název Sociální pracovník v hospici a považuji ji za klíčovou k získání teoretického vhledu do role sociálního pracovníka v hospici. Tato kapitola se bude zabývat osobnostními předpoklady, kterými by měl sociální pracovník disponovat, a získáváním odborné způsobilosti sociálních pracovníků. Dále se bude věnovat možným profesním rolím a pracovní náplní sociálního pracovníka.

V empirické části bude prostřednictvím kvalitativního výzkumu, technikou polostrukturovaných rozhovorů, zmapována role sociálního pracovníka v šesti lůžkových hospicích a následně ověřeno, jak je tato role reflektována samotnými sociálními pracovníky v praxi.

1 HOSPIC

Tato kapitola se bude zabývat hospicem, hospicovou péčí a jejími formami. Dále bude věnována paliativní medicíně, která je poskytována v lůžkovém hospici, a v neposlední řadě bude přiblížen samotný proces umírání. Zařazení této kapitoly do teoretické části své bakalářské práce považuji za důležité pro uvedení čtenáře do širšího kontextu dané problematiky.

1.1 Vymezení pojmu hospic a hospicová péče

Podle MUDr. Svatošové „*myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti.*“ (2003, s. 123).

Hospic je specifickým zařízením, které poskytuje komplexní specializovanou péči klientům v preterminálním a terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění, kdy již neexistuje žádná naděje na jejich plné uzdravení. Nejčastěji se jedná o klienty s onkologickou diagnózou, která zasahuje do života lidí v každém věku. I když většina klientů je starší 60ti let, výjimkou nejsou klienti mladšího věku nevyjímaje ani děti.

Jedná se o zařízení, kde se prolíná zdravotní péče se sociální. Zaměstnanci hospice kladou velký důraz na vytvoření prostředí, v němž by klient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011). Příbuzní a přátelé mohou klienta navštěvovat bez jakéhokoliv omezení, mohou být se svým blízkým ve dne i v noci. Klienti obývají zpravidla jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro své blízké.

A jak tomu bylo v minulosti? „*Termín hospic byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku, který znamená útulek nebo útočiště.*“ (Haškovcová, 2000, s. 39). Hospicovou péčí začaly poskytovat kláštery poutníkům do Jeruzaléma již od dob Konstantina Velikého (4. století). V hospici se poutníkům ošetřily jejich rány, jak na těle, tak i na duši (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová, Vodáčková, 2015).

Podle Haškovcové (2000) hospice přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila znovu v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Byla nazvána Hospic a poskytovala péči odpovídající principům sesterské charity. Rozvoj specializovaných zařízení pro umírající nastal až ve 20. století, kdy se hlavní

protagonistkou hospicového hnutí stala Cicelly Saunders. Psal se rok 1969 a Cicelly Saunders stanula v čele prvního hospice v Londýně. Od té doby vznikla řada hospiců po celém světě.

Historie českých hospiců je poměrně krátká a datuje se od roku 1993. Volání po důstojném umírání a důstojné smrti vedlo Marii Svatošovou k založení občanského sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem **Ecce homo**. Již na začátku roku 1996 byl zprovozněn první hospic v České republice. Byl to hospic Anežky České v Červeném Kostelci. A tím začala nová éra v kvalitě péče o terminálně nemocné v České republice.

Hospicová péče se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za svůj cíl uspokojení všech potřeb – fyzických, emocionálních, sociálních i duchovních. Dle Tomeše (2015) nejsou klienti většinou připraveni na smrt a zpráva, že se jich to bude brzy také týkat, je demoralizuje nebo skličuje, a proto se v hospicové péči výrazně uplatňuje péče o sociální a duchovní složky života umírajícího. Přesvědčila jsem se na praxi v hospici, že většina klientů po stabilizování svého zdravotního stavu znovu „ožívá“ a snaží se užít si poslední chvíle se svými nejbližšími.

Elisabeth Kübler-Ross (2015) zastává názor, že je hospicová péče vlastně staromódní zvyk – důstojná reakce na nevyhnutelný konec života. Pomáhá umírajícímu i jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou milovaného člověka. Stejně tak i Cicelly Saunders spatřuje hospicovou péči v pomoci člověku v jeho utrpení způsobeném nemocí a umíráním. Bártlová (2005) se domnívá, že rozvojem hospicové péče je umírání opět sociálním aktem.

Je nesmírně důležité si uvědomit, že pro nás „zdravé“ mohou být všední činnosti pro umírajícího posledním prožitkem. Považuji za nutné vytvořit takové prostředí, které umožní umírajícímu naplno prožívat vše, co chce a co jeho zdravotní stav dovolí. Ať je to v domácím prostředí či v zařízení, které poskytuje hospicovou péči.

1.2 Formy hospicové péče

Jen málo z nás se zvládne postarat o své blízké až do samého konce života sám bez cizí pomoci. V České republice je již naštěstí vytvořena síť institucí a zařízení, kde je poskytována specializovaná hospicová péče. Při volbě vhodné formy hospicové péče

by měly být pečlivě zváženy všechny skutečnosti, které mohou ovlivnit život umírajícího. Měli bychom ctít přání svého blízkého o představě jeho posledních chvil.

V České republice, ale i ve světě se běžně hospicová péče rozděluje do tří forem – domácí hospicová péče, stacionáře (denní pobyty) a lůžková hospicová péče. První dvě formy zmíním jen okrajově, ale považuji za nutné je uvést, aby čtenář získal ucelené informace k dané problematice.

Domácí hospicová péče

Jedná se o hospicovou péči, která je poskytována umírajícím v jejich sociálním prostředí. Jejím posláním je pomáhat lidem, kteří bojují s těžkým nevléčitelným onemocněním, a umírajícím prožít poslední období svého života v domácím prostředí a zároveň poskytnout podporu a pomoc blízkým pečujícím osobám. *„Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejich možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem vyčerpá, prostě dojdou síly.“* (Svatošová, 2003, s. 127). V případě, že domácí hospicová péče již není dostačující, přichází v úvahu stacionární hospicová péče.

Stacionární hospicová péče

Jedná se o zařízení, kde je klient přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací zpět domů. Tento typ péče je podle Svatošové (2003) vhodnou formou hlavně pro klienty, kteří mají hospicové zařízení ve své blízkosti. Ulrichová (2009) ve stacionární péči vidí jednu nevýhodu. Tato nevýhoda je transport, který je pro nemocného velmi namáhavý a vysilující, proto tato forma péče není tolik využívána. V případě, že pro umírajícího a jeho blízké jsou fyzické i psychické rezervy již vyčerpány, je možné využít služeb lůžkového hospice.

Lůžkový hospic

„Jedná se o zvláštní lůžkovou péči podle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pobyt v hospici může navrhnout praktický lékař nemocného, ošetřující odborný lékař, ale i rodina a blízcí klienta a samozřejmě sám nemocný. Žádost o přijetí do hospice vyplňuje ošetřující lékař nemocného, určujícím kritériem pro přijetí pacienta do hospicové péče je jeho zdravotní indikace. Musí být také jisté, že se vyčerpaly všechny léčebné možnosti, které mohly nemoc vyléčit nebo zastavit. Pacienta nelze přijmout

do hospice bez jeho „svobodného informovaného souhlasu“, který je součástí žádosti vyplněné lékařem.“ (VZP, 2016). Takto definuje lůžkový hospic Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Podle Ulrichové (2009) je lůžkový hospic zdravotně-sociální zařízení poskytující specializovanou péči nevyléčitelně nemocným, jejichž smrt je očekávána v časovém rozmezí maximálně do půl roku od přijetí do hospice. Průměrná doba pobytu v hospici je uváděna okolo tří týdnů, ale není to pravidlem. Pobyt se samozřejmě může i opakovat (Kupka, 2009). Do hospice se neodchází jednou pro vždy. V případě, že se klientovi uleví a jeho zdravotní stav se zlepší, může odejít zpět do domácí péče.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (dále jen APHPP) uvádí, že je v České republice v současné době 14 lůžkových hospiců. APHPP sdružuje pouze ty hospice, za jejichž kvalitu se může zaručit, neboť splňují nezbytné standardy pro poskytování hospicové péče. Lůžkové hospice mají zpravidla malý počet lůžek (do 36 lůžek). Seznam lůžkových hospiců (dle asociace) naleznete v příloze č. 1.

Pracovníci hospice se snaží o to, aby se jeho klienti cítili co možná nejlépe po všech stránkách, tedy nejen po stránce tělesné, ale i psychické a spirituální. Režim v hospici je víceméně v rukou samotných klientů. Práce s každým klientem v hospici je individuální, rozhodující jsou jeho přání a potřeby. Jak jsem se přesvědčila na praxi v hospici, vše, co je klientovi příjemné, je dovoleno, například není zakázáno kouření ani přítomnost domácího mazlíčka. Snaží se udělat vše pro to, aby klient mohl i v závěru svého života dělat co chce, co ho baví a nač byl zvyklý z domova.

V neposlední řadě jsou hospicovní pracovníci schopni klienta zbavit i nesnesitelných bolestí pomocí moderní paliativní medicíny, které bude věnována následující část.

1.3 Paliativní medicína v lůžkovém hospici

Paliativní medicína bývá také nazývána útěšnou, zmírňující. Nejdůležitějším momentem takové péče je léčba bolesti a dalších symptomů, dále řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů klientů. Většina lékařů a odborníků se shoduje na tom, že hlavním cílem paliativní medicíny je zlepšování

kvality klientova života a jeho rodiny. Hodnotový systém je pro každého člověka jinak nastaven, a proto je nesmírně důležité poznat a pochopit, co má pro klienta a jeho blízké cenu a co naopak nikoliv.

„Paliativní nebo-li útěšná medicína představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Lze ji poskytovat ve zvláštních zařízeních, která se jmenují hospice.“ (Haškovcová, 2000, s. 34).

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní (léčebnou) léčbu. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Marková, 2010, s. 19).

American Academy of Hospice and Palliative Medicine definuje paliativní medicínu následovně: *„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“* (Marková, 2010, s. 19).

Podle ministrů Rady Evropy můžeme paliativní péči rozdělit podle míry její komplexnosti:

- **Obecná paliativní péče** – tuto péči by mělo umět poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své odbornosti. Součástí je správné vyhodnocení klientova zdravotního stavu a zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).
- **Specializovaná paliativní péče** – poskytuje ji tým odborníků, kteří jsou vzděláni v oboru paliativní medicíny. Je klientům poskytována mimo jiné i v lůžkovém hospici. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání klienta. V hospici se léčí převážně klienti, kteří mají onkologické onemocnění a to zejména proto, že u těchto nemocí lze jednoznačně určit, že již kuratorní (léčebná) péče nezabírá (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

To, co by zdravý člověk neoznačil za kvalitní, dostává v období nemoci zcela nový rozměr a význam. Z tohoto důvodu se prožívání kvalitního života v průběhu nemoci mění a je tedy na nás, abychom uměli na tyto změny včas a vhodně reagovat a tím zkvalitnit život umírajícím.

1.4 Vlastní proces umírání

Co je umírání? Z odborné literatury je patrné, že existuje mnoho definic umírání, které se ne vždy shodují. Například Hegyi ve své knize uvádí, že umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje až ke smrti člověka. Z medicínského hlediska je poslední fáze umírání označována jako terminální stav. Vyznačuje se postupným nezvratným selháváním všech životních funkcí (Hegyi, 1996). Naproti tomu Haškovcová definuje umírání především jako období, které má různou délku, podobu a je různě prožíváno, ale v žádném případě jej nemůžeme redukovat pouze na terminální stav (Haškovcová, 1991).

Pro lepší pochopení procesu umírání se zaměříme na dění v čase, který lze rozdělit na tři různě dlouhá časová období – *pre finem*, *in finem* a *post finem*. Období **pre finem** začíná zpravidla sdělením závažné diagnózy lékařem. V tomto okamžiku začíná pacient procházet různými fázemi smíření se se svým stavem. Tyto fáze velmi výstižně popisuje doktorka Kübler-Ross (2015) ve své knize *O smrti a umírání* – šok, zloba, smlouvání, smutek a smíření. V tomto období je velmi důležité věnovat se nejen samotnému nemocnému, ale i rodině a blízkým. „*V období pre finem jsou úzkostné stavy z ohrožení a strach ze smrti intenzivnější a někdy i častější než ve fázi in finem.*“ (Truhlářová, Levická, Vosečková a Mydlíková, 2015, s. 55). Druhým obdobím je **in finem** nebo-li terminální stádium, tj. umírání v užším slova smyslu. Haškovcová (2000) se kloní k názoru, že v tomto období má umírající stále méně fyzických i psychických sil a tím se logicky straní od jiných lidí, stále méně si přeje návštěvy známých a sousedů a chce mít ve své blízkosti jen nejbližší. V tomto období je nadále velmi důležité věnovat se nemocnému a jeho blízkým a to až do okamžiku smrti. Třetí období je tzv. **post finem**, které zahrnuje kromě péče o tělo zemřelého také doprovázení pozůstalých.

Z výše uvedeného vyplývá, že považovat za období umírání pouze stádium *in finem* – tedy terminální stav, by bylo chybné a mohlo by vést k opomenutí doprovázení umírajícího už v období *pre finem*, kdy on sám potřebuje pomoc se vyrovnat se svým nově nabytým stavem. Ve všech třech fázích umírání je tedy důležité se věnovat umírajícímu a jeho blízkým. Při poskytování péče je třeba vždy respektovat práva každého člověka, která vyplývají především z Listiny základních práv a svobod a ze

závazných mezinárodních dokumentů. Umírající mají především právo na důstojné zacházení a řádnou péči.

V hospici je péče zaměřena na komplexní péči, která je orientována na klienta a všechny jeho potřeby – bio-psycho-socio-spirituální a jako taková je předmětem zájmu všech pečujících, ať už to jsou laici nebo profesionálové. Mezi významné profesionální složky řadíme i sociální práci, které bude věnována následující kapitola.

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE V LŮŽKOVÉM HOSPICI

Úvod této kapitoly bude zaměřen na cíl a poslání sociální práce v lůžkovém hospici (dále jen v hospici). Budou přiblíženy etické principy, které jsou velmi důležité pro výkon sociální práce s umírajícími. Tato kapitola se také bude zabývat metodami a přístupy, které se dají využít při výkonu sociální práce v hospicích.

„Sociální práce je profese, která propojuje veřejný život, řešení problémů v mezilidských vztazích, zplnomocňuje a osvobozuje člověka, čímž napomáhá jeho zdraví. Přijímá-li sociální práce teorii lidského chování a sociální systém jako svůj základ, působí jako průsečík mezi jednotlivcem a okolím (společností). Základní význam pro sociální práci mají přitom principy lidských práv a sociální spravedlnosti.“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 61).

Tato definice velmi dobře vystihuje vzájemný vztah mezi sociální prací a hospicovou péčí. Dle mého názoru je sociální práce v oblasti hospicové péče nezbytnou součástí péče nejen o umírajícího, ale i o celou skupinu lidí kolem něj.

2.1 Cíl a poslání sociální práce v hospici

Jak bylo uvedeno v první kapitole, hospic pohlíží a pečuje o své klienty celostním (komplexním) přístupem. Hospic je zdravotně - sociálním zařízením, které kromě lékařské a ošetrovatelské péče poskytuje svým klientům rozsáhlou sociální péči. Sociální aspekty hospicové péče jsou nastíněny ve Standardech hospicové paliativní péče (Asociace, 2016). Mj. uvádějí, že *„komplexní péče pomáhá pacientovi a jeho blízkým řešit praktické sociální problémy vzniklé v souvislosti s vážným onemocněním (např. poradenství v oblasti možností státní finanční podpory, důchodového zabezpečení, posudkových řízení, služby notáře atd.). Plán sociální péče je formulován se zřetelem na sociální možnosti i kulturní zvyklosti pacienta a jeho blízkých osob, vyjadřuje jejich hodnoty, cíle a preference na základě interdisciplinárního posouzení.“*

Předmětem sociální práce v lůžkovém hospici je člověk ante finem. Vědomí vlastní smrtelnosti mění postoj umírajícího a jeho prožívání ve vztahu k sobě i ke svým blízkým. Cíle sociální práce v hospici se opírají o koncept sociálního fungování. Pojem sociální fungování je možné vysvětlit jako shodu způsobilosti člověka „hrát“

svou sociální roli podle dané situace a očekávání. Dle Matouška (2001, str. 184) by měla sociální práce „*využívat psychosociální kompetence a zabývat se zejména úkoly spojenými s aktivováním zdrojů, s koordinací pomoci, se školením a podporou dobrovolníků, sociálně právním poradenstvím.*“

Úkolem sociální práce v hospici, jakožto sociálně - zdravotnického zařízení, je podle Kuzníkové (2011, s. 18) „*využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu*“.

Poslání sociální práce s umírajícími koresponduje s posláním hospice – poskytovat podporu umírajícím, aby mohli prožít závěr života pokud možno se svými blízkými tak, že toto období budou vnímat jako součást svého života.

Právo každého člověka na důstojnou smrt jako základní etický princip jistě nikdo nebude zpochybňovat. V praxi to však bývá mnohem složitější. Ti, kdo by mohli a měli umírání nemocnému ulehčit, se často dopouštějí velmi hrubých chyb. Ať už to jsou lékaři, kteří ve smrti nemocného vidí své selhání, nebo rodina, která nechápe proces umírání a tím pak umírajícího vyloučí ze svého života. Příčiny mohou být různé, ale téměř vždy zde lze najít společného jmenovatele, jímž nebývá špatný úmysl, ale neadekvátní chápání procesu umírání a smrti (Svatošová in Matoušek, Kodymová, Koláčková a kol., 2010). Následující část bude proto věnována etickým principům sociální práce.

2.2 Etické principy v hospicích

Pro všechny pomáhající profese, nevyjímaje ani sociální pracovníky, je nesmírně důležité vytvořit si kladný vztah s tím, komu je pomáháno. Tento vztah by měl být založen především na vzájemné důvěře, porozumění a v neposlední řadě na pocitu bezpečí. K tomu nám pomáhají etické principy, kterých bychom se měli držet.

Zdravotně – sociální péče v hospicích je vymezená čtyřmi základními etickými principy, které se vzájemně doplňují (Ivanová, 2006) – princip neškození, princip dobředinění – beneficence, princip respektu k autonomii a princip spravedlnosti (justice). Tyto čtyři principy Ivanová (2006) uvádí jako současné etické principy prvního řádu, které mají evidentní platnost a jsou nezávislé na etických teoriích.

Princip neškození – nonmaleficence - zakazuje ublížit, poškodit či dokonce usmrtit jiného a má blízký vztah k zásadě „*primum non nocere*“, která je vtělena do sloganu

Hippokratovy přísahy, tj. především svým jednáním nečinít žádnou škodu. Tento princip stojí nad všemi ostatními.

Princip dobřechinění – beneficence - představuje pozitivní dimenzi neškození, pomáhá předcházet poškození a současně podporuje dobro. Vše, co děláme, by mělo být vedené snahou pomoci pacientovi (klientovi) a jeho rodině.

Princip respektu k autonomii - vede k sebeurčení a samostatnosti klienta. Značí úctu k rozhodování pacienta. Respektování pacientovy autonomie je nezbytnou podmínkou partnerského vztahu sociální pracovník – klient.

Princip spravedlnosti (justice) - uvádí důležitost spravedlivého rozdělování zdrojů pro nemocné. Ať už to jsou materiální prostředky nebo dostupnost služeb a kvalita služeb.

K těmto základním etickým principům podle Ivanové (2006) přistupují ještě principy druhého řádu, mezi které se řadí – pravdomluvnost, věrnost, poctivost, důvěryhodnost a mlčenlivost. Tyto principy mají souvislost s tzv. etikou všedního dne.

Pravdomluvnost – závazek říkat pravdu, nelhat a nepodvádět ostatní. Je součástí respektu, který lidem projevujeme.

Věrnost, poctivost – tento princip je definován jako povinnost zůstat věrný svým závazkům. Je nutné vždy dobře zvážit, kdy se dodržení slibu pacientovi legitimně očekává a kdy nikoliv.

Důvěryhodnost – je principem, který je neodmyslitelně spojen s oběma předcházejícími principy. Kromě toho se ještě očekává od sociálního pracovníka i vstřícný přístup k nemocnému.

K dalším principům, které jsou neméně důležité pro výkon sociální práce v hospicích, radíme: individualizaci, solidaritu, empatii, nemoralizování a jistě by se našly další. Pro sociální práci je typické, že většinou nemá stanovena žádná absolutní pravidla, podle kterých by měli sociální pracovníci postupovat. Vodítka v podobě etických

kodexů či standardů kvality péče jsou spíše orientační, neboť situace klientů jsou velmi proměnlivé a různorodé (Janebová, Musil, 2007).

Je nesporné, že etické principy a jejich efektivní aplikace v praxi jsou významné, ovšem nejenom znalost těchto principů je dostačující. Velmi důležitý je také odborný profil sociálního pracovníka a zvolení správných metod a přístupů orientovaných na cílovou skupinou – terminálně nemocní klienti a jejich blízcí.

2.3 Metody a přístupy v kontextu sociální práce v hospici

Každý člověk je jedinečná bytost, a tudíž i každé umírání je individuální záležitost. Mnohdy se klient potřebuje jen podělit s někým o své pocity, či se pokusit vyřešit záležitosti, které ho tíží a brání mu v klidném odchodu, ať už jsou důvody jakékoliv. Vždy je potřeba chápat klienta v jeho jedinečnosti. Základní a tedy i rozhodující metoda sociální práce s umírajícími je podle Kutnohorské (2011) **komunikace s klientem a jeho blízkými**.

Mezi nejstarší a nejužívanější metody sociální práce v hospici patří neodmyslitelně **případová studie**, která začíná již prvním kontaktem s klientem nebo rodinou – ať už telefonickým či osobním. Řezníček (in Kuzníková a kol., 2011) pokládá za důležité, aby sociální pracovník během prvního kontaktu projevil opravdový zájem o klienta a navázal přátelskou atmosféru. Kuzníková (2011) dále uvádí, že první kontakt by měl být kratší, aby klient mohl zpracovat nové poznatky s dostatkem času na přípravu na další návštěvu. Kopřiva (in Kuzníková a kol., 2011) považuje za nezbytné respektovat autonomii klienta, nehodnotit, vysvětlit si nejasnosti a v neposlední řadě oceňovat klienta. Křivohlavý (in Kuzníková a kol., 2011) klade největší důraz na empatii, schopnost vcítit se do druhého. Případová studie nebo-li posouzení životní situace klienta se dělí do čtyř etap (Monroe, Oliviere, 2007):

» první etapa je zaměřena na člověka jako na individuum, seznámení se se zdravotnickou dokumentací. V této fázi je nejběžnější technikou individuální rozhovor,

» druhou etapou je sociální anamnéza, při níž se řízeným rozhovorem zjišťuje, z jakého prostředí klient přichází,

- » poté je potřeba se zaměřit na další rovinu, na rodinné prostředí – do jaké míry nemoc zasáhla rodinu a její chod,
- » závěr je zaměřen na praktickou stránku, vyhodnocení situace a doporučení východisek.

Dále budou zmíněny přístupy, které se dají uplatnit při výkonu sociální práce v hospicové péči. Přístupy jsou voleny podle individuálních potřeb a situace klienta, v závislosti na jeho zdravotním stavu a ochotě ke spolupráci. Kuzníková (2011) se domnívá, že nejvhodnějším přístupem pro klienty ve zdravotnictví, a tedy i v hospici je **přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse**. Tento přístup je vhodný zejména tam, kde klient vnímá nově vzniklou situaci jako bezvýchodnou, mnohdy opravdu neřešitelnou – sdělení negativní prognózy onemocnění aj. Zodpovědnost v počátku přenechává na druhých a postupně se učí být za vzniklou situaci zodpovědný. V tomto přístupu je důležité se zaměřit hlavně na prožívání, empatii a akceptaci klienta.

Druhým přístupem je *„logoterapie, z které převzala sociální práce pojetí vlastního života jako úkolu a hodnoty postoje k životním událostem, dále pak pojetí svobody jako svobodu k něčemu spjatou s osobní zodpovědností při rozhodování a svobodu od něčeho, tedy osvobození od zbytečných vázaností.“* (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol, 2004, s. 499). Z uvedené definice vyplývá, že logoterapie pomáhá klientovi najít smysl života a zároveň najít i nějaký smysl v nemoci.

Posledním přístupem, kterému bude věnována pozornost, je **přístup orientovaný na úkoly**, který vznikl uvnitř sociální práce. Tento přístup vychází z myšlenky, že klient si sám určí, co vnímá jako problém, a společně se sociálním pracovníkem je podporován ke zdolání vzniklé problémové situace. Cílem tohoto přístupu je zvýšení sebedůvěry a angažovanosti klienta.

Sociální práce s umírajícími je nedílnou součástí komplexní péče, kterou hospice poskytují. Sociální práce v hospicové péči vychází z obecných principů sociální práce, z kterých si volí takové metody a přístupy, které považuje za důležité. Pro sociální práci je charakteristická schopnost pohybovat se v krizových situacích, kam neodmyslitelně patří i péče o umírající a jejich blízké. V multidisciplinárním týmu, který pracuje s umírajícími, je potřeba znalostí a

vědomostí každé profese, tedy i sociálního pracovníka. Jaké metody a přístupy sociální pracovník využívá při výkonu své práce se pokusím ozřejmit v praktické části bakalářské práce. Následující kapitola se bude detailněji zabývat sociálním pracovníkem, jeho osobnostními předpoklady a dovednostmi, způsobem získávání odborné způsobilosti, rolemi a pracovní náplní. Tuto kapitolu považuji za klíčovou k získání teoretického vhledu do role sociálního pracovníka v hospici.

3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V HOSPICI

Hospice nejsou od svého vzniku spojeny se sociálními pracovníky, neboť se začaly rozvíjet díky zdravotníkům, kteří nebyli spokojeni s péčí, která byla poskytována umírajícím lidem. Kuzníková (2011) uvádí, že pozice sociálního pracovníka v týmu pečujících není stále dostatečně vyjasněna a často dochází k problémům ve vzájemné komunikaci a při vymezování kompetencí a pracovních náplní. Jestli tomu tak je, se pokusím zjistit v rámci svého výzkumného šetření v hospicích.

Tato kapitola bude zaměřena na osobnostní předpoklady a dovednosti, kterými by měl disponovat každý sociální pracovník v hospicové péči. Dále bude věnována získávání odborné způsobilosti a možnostem dalšího vzdělávání v hospicové péči. V následujících podkapitolách bude navázáno rolemi, které sociální pracovník může zastávat, a jeho pracovní náplní.

3.1 Osobnostní předpoklady sociálního pracovníka v hospicové péči

Při výkonu sociální práce v hospicové péči hrají velmi důležitou roli osobnostní rysy sociálního pracovníka. Melišová (2000, s. 35) uvádí, že „*sociální pracovník je jakousi spojkou mezi umírajícím, jeho rodinou, zaměstnavatelem a odborníky. Pomáhá všem zúčastněným řešit konflikty a využít tak čas, který ještě zůstává.*“ Janebová (Navrátil, Janebová a kol., 2010) proto řadí mezi důležité schopnosti, které patří k vnitřnímu světu člověka a kterými by měl sociální pracovník disponovat v rámci pomoci druhým, především **porozumění sám sobě**. Každý, kdo pečuje o umírající, by měl také umět zaujmout postoj ke své vlastní smrtelnosti. Uvědomění si vlastní konečnosti znamená vytvoření zcela nových životních hodnot a zlidštění postojů k umírajícím. Tuto schopnost pokládám i já za jednu z nejdůležitějších.

Další schopností, která je pro sociálního pracovníka naprosto nepostradatelná a kterou využívá při každodenní práci s klienty, je **schopnost navázat osobní vztah s klientem a umění komunikovat**. Základní dovedností v oblasti komunikace jsou fyzická přítomnost a umění naslouchat. Jak uvádí Kopřiva (2006), bez této schopnosti se pomáhající stává pouhým vykonavatelem pravomocí a není možné navodit příjemnou atmosféru mezi pracovníkem a klientem.

Další neméně důležitou schopností sociálního pracovníka je **schopnost empatie**, schopnost vcítit se do druhého. Empatický pracovník umí citlivě reagovat na chování klienta a tím vytvářet pozitivní vztah s klientem.

A jaké jsou další osobnostní předpoklady sociálního pracovníka? Podle Kuzníkové (2011, s. 29) to jsou: „*autentičnost a vřelost, jež jsou považovány v sociální práci za nezbytné. Zájem o klienta je pak bezpodmínečný a sociální pracovník ho bere takového, jak se právě klient cítí.*“ Kuzníková (2011) dále uvádí **schopnost vymezení hranic** ve vztahu s klientem, tedy určení toho, co je záležitost pečujícího a co zůstává v kompetenci klienta (blízkého). Ještě bych dodala jednu schopnost a to dle Janebové (Navrátil, Janebová a kol., 2010) **schopnost podporovat druhé a motivovat je** ve využívání svých schopností a dovedností.

Nicméně pouze osobnostní předpoklady pro výkon sociálního pracovníka nejsou dostačující a je tedy důležité získat odbornou způsobilost k výkonu této profese.

3.2 Získávání odborné způsobilosti k výkonu sociálního pracovníka v hospici

Legislativním podkladem pro vzdělávání sociálních pracovníků je zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění. Dle §110 tohoto zákona je za odbornou způsobilost k výkonu sociálního pracovníka považováno studium na vyšší odborné škole nebo na vysoké škole v bakalářském či magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku.

Jak jsem se přesvědčila na praxi v hospici, pro výkon sociálního pracovníka v hospici není toto studium dostačující a je tedy důležité se dále vzdělávat. A je tomu skutečně tak i v jiných hospicích? Na tuto otázku bude hledána odpověď v praktické části této práce.

Po absolvování všeobecného vzdělávání v oblasti sociálních věd přichází na řadu vzdělávání v oblasti zdravotně – sociální péče. Jednou z možností je tedy absolvování vzdělávacího programu **akreditovaného kvalifikačního kurzu**, který pořádá ministerstvo zdravotnictví ČR. Toto vzdělávání se zaměřuje zejména na zvládnutí teoretických znalostí a praktických dovedností v oblasti zdravotně – sociální péče, která je v hospicích poskytována. Kurz je ukončen závěrečnou zkouškou, která je

v souladu s vyhláškou 394/2004 Sb., kterou se upravují podrobnosti o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a zkušební řád pro tyto zkoušky (obsah, průběh a hodnocení zkoušek). Účastník kurzu je po vykonání této zkoušky připraven k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče, tedy i v hospici.

Další možností je podle Přidalové (2006) absolvovat **kurz či výcvik** z nabídky terapeutických institucí, kde si sociální pracovník osvojí základy komunikace s umírajícími a jejich blízkými. Přímou korespondující s hospicovou péčí je logoterapie, psychoterapie či přístup zaměřený na člověka dle C. Rogerse.

Podle zákona o sociálních službách má sociální pracovník povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci, ať už jsou to akreditované kurzy, odborné stáže nebo účast na školicích akcích.

Sociální pracovníci jsou dle Studenta et al. (2006) součástí každého hospicového týmu. Jejich profesionální hodnoty, znalosti, dovednosti a praktické perspektivy umožňují vysoce kvalitní hospicovou péči. Tento autor dále uvádí, že sociální pracovník bývá mnohdy tím, s kým kdokoliv nově přichází či telefonující přijde poprvé do kontaktu. Zprostředkovává tedy základní informace a prezentuje hospic vnějšmu okolí. Jaké role sociální pracovník může v hospici zaujmout, ozřejmí následující podkapitola.

3.3 Role sociálního pracovníka v hospicové péči

Podle Arnoldové (2004) sociální pracovníci vykonávají při své profesionální činnosti řadu rolí, které se vzájemně prolínají. Při studiu odborné literatury jsem došla k poznatku, že autoři spektrum rolí sociálních pracovníků v českém prostředí hospice ne zcela jasně rozlišují a pojmenovávají. Po prostudování různé odborné literatury jsem došla k rozlišení tohoto spektra rolí sociálního pracovníka: role doprovázejícího, role pomocníka, role facilitátora, role poradce, role edukátora, role koordinátora, role sociálního experta, role mediátora, role katalyzátora, role etického arbitra, role

metodika, role mentora, role administrátora a role konzultanta. Jistě by se našly další, vždy záleží na úhlu pohledu každého z nás.

Matoušek, Svatošová i Kuzníková zastávají názor, že sociální pracovník vykonává především roli facilitátora a pomocníka. Naplňováním svých klíčových profesních rolí sociální pracovník především napomáhá a podporuje konstruktivní řešení klientových problémů. Vcítěním se do situace klienta a jeho blízkých dochází velmi často k odkrývání jeho skrytých stránek. V případě, že si je sociální pracovník jist, že klientovi nijak neuškodí, měl by být co možná nejotevřenější a nejautentičtější. Přikláním se k názoru Matouška (2001), že tato role sociálního pracovníka je pro klienta účinným prostředkem k jeho vlastní orientaci ve svých emocích a postojích.

Němečtí autoři Student a Mühlum (2006) uvádějí devět typů rolí sociálního pracovníka v hospici a těmi jsou: brooker, advokacie, edukater, enabler, casemanager, counselor, mediator, consultant, eesearcher.

Jak je zřejmé z výše uvedeného, sociální pracovník může zaujmout mnoho rolí, ale vždy záleží na konkrétním hospicovém zařízení a na osobnostních předpokladech sociálního pracovníka, která z nich bude převládat. Od toho se dále odvíjí, jak bude vypadat jeho náplň práce. V rámci výzkumu bude určeno, jaké role a z nich vyplývající náplň práce mají sociální pracovníci ve vybraných hospicích.

3.4 Náplň práce sociálního pracovníka

Tato část bude zaměřena na pracovní náplň sociálního pracovníka v hospici. Pracovní náplň bych rozdělila do čtyř oblastí – informační a poradenská činnost, kontakt s přijatým klientem a jeho blízkými, péče o pozůstalé a administrativa.

Informační a poradenská činnost – sociální pracovník je mnohdy první člověk, s kterým zájemce či blízcí přicházejí do styku. Sociální pracovník reprezentuje hospicové zařízení před vnějším okolím. Dále přijímá a eviduje žádosti zájemců a také poskytuje informace o nabízených službách v hospicovém zařízení. Již v této fázi může mít rozhovor terapeutický vliv na klienta a jeho blízké. Sociální pracovník informuje blízké či samotného klienta o přijetí/nepřijetí klienta do hospicového zařízení a dále zajišťuje veškeré náležitosti ohledně přijetí k pobytu.

Kontakt s přijatým klientem a jeho blízkými – začíná posouzením životní situace klienta, zhodnocením sociálních, duchovních a psychických potřeb. Tato činnost by měla mít největší podíl na výkonu sociální práce v hospicovém zařízení. Sociální pracovník by se měl neustále setkávat s klientem a jeho blízkými. Sociální pracovník by měl při této činnosti projevit lidskost, empatii, umění doprovázet, být tou osobou, která pomůže prožít tuto závěrečnou životní etapu s grácií. Nedílnou součástí je poskytnutí komplexního sociálního poradenství. Sociální pracovník by měl mít přehled i o právní problematice spojené s úmrtím – ohledně úmrtního listu, pohřbu, nároku na důchod (vdovský, sirotčí).

Péče o pozůstalé - v zájmu zmírnění dopadu úmrtí pacienta na pozůstalé nabízí hospicové zařízení osobní blízkost zkušených pracovníků prostřednictvím korespondence, pravidelných setkání – formou svépomocných skupin.

Administrativa - je samozřejmě nedílnou součástí sociální práce i v hospicovém zařízení. Sociální pracovníci mají mnoho práce s administrací plateb za pobyt od klientů a příbuzných, kompletací sociální dokumentace, odesíláním lékařských zpráv a vyřizováním různých záležitostí na úřadech. Všechny tyto úkony zabírají mnoho času a čas je v hospici to nejcennější a nejdůležitější (Student, Mühlum, Student, 2006).

Pracovní náplň sociálního pracovníka je vskutku velmi různorodá. Bohužel jako taková představuje extrémní zátěž, která může vést k duševnímu vyčerpání, což je zapříčiněno nadměrnými psychickými a emočními nároky. Je tedy nesmírně důležité hledat strategie, které by sociálním pracovníkům umožnily zachovat psychickou stabilitu a předejít tak profesnímu vyhoření (Kupka, 2014).

4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Hospic je specifickým zařízením, které poskytuje komplexní specializovanou péči klientům v preterminálním a terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění, kdy již neexistuje žádná naděje na jejich plné uzdravení. Nejčastěji se jedná o klienty s onkologickou diagnózou, která zasahuje do života lidí v každém věku. Hospicovní pracovníci poskytují péči o klienty a jejich blízké v různých formách – **domácí, stacionární a lůžkové**. V hospici se snaží o to, aby se jeho klienti cítili co možná nejlépe po všech stránkách, tedy nejen po stránce tělesné, ale i duševní a spirituální. Režim v hospici je víceméně v rukou samotných klientů. Práce s každým klientem v hospici je individuální, rozhodující jsou vždy jeho přání a potřeby. V hospici je péče zaměřena na komplexní péči a jako taková je předmětem zájmu všech pečujících, ať už to jsou laici nebo profesionálové. Mezi významné profesionální složky řadíme i sociální práci.

Předmětem sociální práce v lůžkovém hospici je člověk ante finem. Vědomí vlastní smrtelnosti mění postoj umírajícího a jeho prožívání ve vztahu k sobě i ke svým blízkým. **Poslání sociální práce s umírajícími koresponduje s posláním hospice – poskytovat podporu umírajícím, aby mohli prožít závěr života pokud možno se svými blízkými tak, že toto období budou vnímat jako součást svého života.**

Pro sociální práci je charakteristická schopnost pohybovat se v krizových situacích, kam neodmyslitelně patří i péče o umírající a jejich blízké. Profesionálně vykonávaná sociální práce v rámci poskytování hospicové péče musí vycházet ze znalostí přístupů a metod, které by si měl každý sociální pracovník osvojit, aby je mohl využít v práci s klienty a jejich blízkými. Z tohoto důvodu jsem ty, které vnímám jako nejpřínosnější pro hospicovou péči, zmínila v teoretické části své práce – **přístup orientovaný na klienta dle C. Rogerse, logoterapie a přístup orientovaný na úkoly**.

Role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici se v současné době stále ještě profiluje. Sociální pracovník jakožto člen multidisciplinárního týmu musí nejprve splnit zákonem stanovené podmínky pro výkon sociální práce, dále by měl disponovat odbornými znalostmi v oblasti péče o umírající a jejich blízké. Velmi důležitou roli hrají při výkonu sociální práce v hospicové péči osobnostní rysy sociálního pracovníka. Ty nejdůležitější jsem uvedla v teoretické části – **umění komunikovat, schopnost navázat osobní vztah s klientem, empatii a další**.

Sociální pracovníci jsou dle Studenta et al. (2006) součástí každého hospicového týmu, jejich profesionální hodnoty, znalosti, dovednosti a praktické perspektivy umožňují vysoce kvalitní hospicovou péči. Sociální pracovník může zaujmout mnoho profesních rolí, ale vždy záleží na konkrétním hospicovém zařízení a na osobnostních předpokladech sociálního pracovníka, která z nich bude převládat. Od toho se dále odvíjí, jak bude vypadat jeho náplň práce. Ve výzkumném šetření proto dojde ke zmapování role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici a ověření, jak je tato role reflektována samotnými sociálními pracovníky v praxi, abychom získali co možná nejpřesnější pohled na vykonávanou profesi – **sociální pracovník v lůžkovém hospici**.

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V této části bakalářské práce bude vymezen hlavní cíl výzkumu a hlavní výzkumná otázka. Dále zde bude přiblížena výzkumná strategie, která byla zvolena a výběr informantů.

5.1 Cíl výzkumného šetření

Tímto výzkumným šetřením bych chtěla přispět k bližšímu poznání profese sociálního pracovníka v lůžkovém hospici, což považuji za důležité a to hned z několika důvodů. Jedním z nich a myslím si, že nejdůležitějším, je objasnění úlohy sociálního pracovníka v hospici a to jako nezastupitelné profese v péči o umírající a jejich blízké, neboť kdo jiný lépe porozumí sociálním potřebám klientů než samotní sociální pracovníci. Dalším důvodem je bezesporu podpora profese sociálního pracovníka v hospicích, protože ji vnímám jako často opomíjenou profesi v multidisciplinárním týmu. Výsledky výzkumného šetření by mohly být také přínosné pro odborníky i širokou laickou veřejnost, která není dostatečně informována o možnostech sociální práce v péči o umírající a jejich blízké. Vzhledem i ke stárnutí populace považuji péči o umírající a jejich blízké za velmi důležité a aktuální téma, kterému by se mělo věnovat více pozornosti.

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici a následné ověření, jak je tato role reflektována samotnými sociálními pracovníky v praxi. Tento cíl byl přetransformován do hlavní výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka (HVO) zní:

Jaká je role sociálních pracovníků v lůžkovém hospici a jak ji reflektují samotní sociální pracovníci v praxi?

Pro rozvinutí hlavního výzkumného cíle (HVC) jsem si stanovila tři dílčí výzkumné cíle (DVC), které vyplynuly z teoretické části bakalářské práce a pomohly mi nalézt odpověď na mou hlavní výzkumnou otázku:

DVC 1: Jaké osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti považují sociální pracovníci za podstatné pro výkon sociální práce.

DVC 2: Jak vnímají sociální pracovníci svou roli v zařízení a od ní se odvíjející náplň práce.

DVC 3: Jaké metody (přístupy) a techniky sociální práce nejčastěji využívají sociální pracovníci v péči o klienty a jejich blízké.

5.2 Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek

Dílčí výzkumné cíle jsem pro své potřeby přetransformovala do tazatelských otázek. Otázky budou následně využity jako vodítko pro polostrukturovaný rozhovor s informanty a to z řad sociálních pracovníků, kteří vykonávají sociální práci v lůžkových hospicích. Formulací otázek jsem usilovala o ucelené zmapování role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici. Transformaci tazatelských otázek uvádím v následující tabulce:

Tabulka č. 1: Transformace jednotlivých DVC do TO:

Dílčí výzkumný cíl (DVC):		Tazatelské otázky (TO):
DVC 1: Jaké osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti považují sociální pracovníci za podstatné pro výkon sociální práce.	DVC 1.1: Zjistit, jaké osobnostní předpoklady a schopnosti považují respondenti za nejdůležitější.	TO 1: Jaké osobnostní předpoklady a schopnosti považujete za nejdůležitější pro výkon sociální práce v hospici?
	DVC 1.2: Zjistit, které praktické dovednosti spatřují respondenti za stěžejní.	TO 2: Které praktické dovednosti spatřujete jako stěžejní pro výkon své profese?
	DVC 1.3: Zjistit, jaké kvalifikační požadavky byly kladeny na respondenty při nástupu do zařízení.	TO 3: Jaké byly kvalifikační požadavky na Vás, jakožto sociálního pracovníka při nástupu do zařízení?
	DVC 1.4: Zjistit, zda respondenty připravilo studium na výkon sociální práce s umírajícími.	TO 4: Připravilo Vás studium na výkon sociální práce s touto cílovou skupinou?

DVC 2: Jak vnímají sociální pracovníci svou roli v zařízení a od ní se odvíjející náplň práce.	DVC 2.1: Zjistit, jak vypadá běžný den sociálního pracovníka.	TO 5: Můžete mi popsat, jak vypadá Váš běžný pracovní den?
	DVC 2.2: Zjistit, jaké stěžejní činnosti vykonávají respondenti.	TO 6: Jaké stěžejní činnosti vykonáváte ve Vaší práci?
	DVC 2.3: Zjistit, zda sociální pracovníci vykonávají pouze úkony spadající do jejich kompetence.	TO 7: Vykonáváte nějaké úkony, které podle Vás nespádají do Vaší kompetence?
	DVC 2.4: Zjistit, zda se sociální pracovníci věnují všem činnostem dostatečně.	TO 8: Jsou nějaké činnosti, kterým se nevěnujete dostatečně?
	DVC 2.5: Zjistit, jak vnímají své postavení sociální pracovníci v multidisciplinárním týmu.	TO 9: Jak vnímáte své postavení v rámci multidisciplinárního týmu v hospicové péči?
DVC 3: Jaké metody (přístupy) a techniky sociální práce nejčastěji využívají sociální pracovníci v péči o klienty a jejich blízké.	DVC 3.1: Zjistit, jaká jsou subjektivní specifika v práci s klienty v hospicové péči a jejich blízkými.	TO 10: Jaká jsou podle Vás specifika v práci s klienty v hospicové péči, případně s jejich blízkými?
	DVC 3.2: Zjistit, jaké metody a přístupy využívají sociální pracovníci při výkonu sociální práce s klienty a jejich blízkými.	TO 11: Jaké metody (přístupy) využíváte při výkonu sociální práce s klienty a jejich blízkými?
	DVC 3.3: Zjistit, jaké techniky sociální pracovníci používají při výkonu sociální práce.	TO 12: Jaké techniky používáte při výkonu sociální práce s klienty a jejich blízkými?

Zdroj: vlastní zpracování

5.3 Výzkumná strategie

Pro účely této práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, ve které je dle Dismana (2011, s. 289) hlavním cílem „porozumění lidem v sociálních situacích“. Zvolenou strategií se budu snažit porozumět informantům z řad zástupců sociálních pracovníků v lůžkových hospicích.

Konkrétně jsem využila **polostrukurovaný rozhovor**, neboť umožňuje určitou operativnost a volnost ve vedení rozhovoru. Rozhovory budou individuálně přizpůsobeny a následně zpracovávány ve výzkumné části bakalářské práce. Dle Hendla (2005) je rozhovor nejvhodnější technikou sběru dat pro kvalitativní výzkumnou strategii. Bezesporu má každá výzkumná strategie své silné, ale i naopak slabé stránky. Mezi nevýhody této strategie patří např. časová náročnost sběru a analýzy dat, nezobecnitelnost či možnost ovlivnění výsledků samotným výzkumníkem (Hendl, 2005).

Ztotožňuji se s názorem Švaříčka (Švaříček, Šedřová a kol., 2007), že cílem polostrukurovaného rozhovoru je získávání detailních a komplexních informací o sledovaném jevu a svou variabilitou vede tazatele dvěma směry. Na jedné straně k důkladné přípravě tazatelských otázek, na straně druhé ponechává dostatečný prostor pro doplňující otázky, které vyplnou v průběhu rozhovoru.

Hlavním nástrojem sběru dat je sám výzkumník. Miovský (2006) se vyjadřuje o samotném výzkumníkovi jako o nástroji k modelování situace. Základní výzkumný postoj není podle Miovského manipulace s lidmi, ale kreativní a flexibilní spolupůsobení na výzkumnou situaci tak, aby byl stále sledován žádoucí cíl, avšak bez nároku na stejný či předem připravený způsob, jak k tomuto cíli dospět.

„Vzájemná pozice mezi účastníky výzkumu je vždy rovnocenná. Přísně však respektujeme individuální odlišnosti a necháváme dostatečný prostor, aby se tyto odlišnosti mohly projevit. Nevnučujeme účastníkům výzkumu za každou cenu naši představu o tom, jak má výzkumná situace proběhnout, ale chápeme ji jako dialogickou, tj. jako spoluvytvářenou oběma stranami.“ (Miovský, 2006, s. 73).

5.4 Výběr nositelů informací a jejich charakteristika

Prvotní cíl výzkumného šetření jsem zaměřila na výběr **základního souboru**, který byl složen ze všech lůžkových hospiců na území České republiky, v jejichž multidisciplinárním týmu jsou sociální pracovníce či sociální pracovníci. Pro sestavení základního souboru jsem využila webové stránky asociace hospiců v České republice a internetové vyhledávače. Asociace sdružuje pouze některé hospice a ručí pouze za své členy, a proto jsem zvolila ještě dodatečné vyhledávání zařízení, které poskytují lůžkovou hospicovou péči.

Z tohoto základního souboru jsem vybrala šest zařízení, které poskytují lůžkovou hospicovou péči. Výběr konkrétních zařízení byl záměrný a kladla jsem důraz na to, abych vybrala zařízení z různých krajů České republiky a tím získala co možná nejširší pohled na roli sociálních pracovníc/pracovníků v lůžkových hospicích.

Záměrný výběr je žádoucí z toho důvodu, že vybrané osoby jsou nejvíce vhodné a mají potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Výběr je vždy reprezentativní, jelikož tyto osoby dobře zastupují dané prostředí (Gavora, 2000).

Nositelé informací jsou sociální pracovníce šesti lůžkových hospiců, které poskytují hospicovou péči v České republice v lůžkovém hospici.

Tabulka č. 2: Nositelé informací

Respondent	Věk	Vzdělání	Délka praxe v hospici
SP1	43 let	VŠ – sociální práce	2 roky
SP2	46 let	VŠ – zdravotně-sociální pracovník	10 měsíců
SP3	28 let	VOŠ – sociální práce	4 roky
SP4	43 let	VŠ – sociální práce	10 let
SP5	42 let	VŠ – sociální a charitativní práce	19 let
SP6	36 let	VOŠ – všeobecná zdravotní sestra	10 let

Zdroj: vlastní

5.5 Organizace výzkumného šetření

Po pečlivém výběru hospicových zařízení – lůžkového typu, jsem kontaktovala jednotlivé sociální pracovnice. První kontakt byl vždy uskutečněn telefonním rozhovorem. Každé z účastnic šetření jsem sdělila své identifikační údaje, cíl, záměr a časový plán svého výzkumného šetření. Ve čtyřech případech si respondentky vyžádaly zaslání otázek e-mailem, aby se mohly na otázky připravit.

Všechny oslovené přislíbily účast na výzkumném šetření, v pěti případech jen pod podmínkou, že bude zachována naprostá anonymita, což se promítlo do neurčení lokalizace výzkumného šetření a neuvedení informací o jednotlivých respondentkách. Volba termínu byla vždy na sociálních pracovnicích. Rozhovory se odehrávaly v listopadu a prosinci roku 2016, vždy na pracovišti respondentek. Délka rozhovorů se pohybovala od 30 – 50 minut. Rozhovory probíhaly vždy bez přítomnosti druhé osoby, pouze v jednom případě byl rozhovor přerušen rodinou klienta.

Ve většině případů, s výjimkou dvou, respondentky souhlasily s nahráváním na diktafon. V rámci zachování anonymity nejsou v textu uvedeny žádné spojující informace.

Před samotným zahájením rozhovoru jsem znovu respondentkám sdělila informace, jak bude nakládáno se získanými daty, a následně byly požádány o ústní informovaný souhlas, který jsem poté od každé získala.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Cílem analýzy a následné interpretace dat získaných vedením polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníci je najít odpověď na dílčí výzkumné cíle. Pomocí dílčích výzkumných cílů bude v závěru výzkumného šetření zodpovězena hlavní výzkumná otázka a to: Jaká je role sociálních pracovníků v lůžkovém hospici a jak ji reflektují samotní sociální pracovníci v praxi. A tím naplnit cíl této bakalářské práce a to: Zmapování role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici a následné ověření, jak je tato role reflektována samotnými sociálními pracovníky v praxi.

DVC 1: Jaké osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti považují sociální pracovníci za podstatné pro výkon sociální práce.

Záměrem tohoto dílčího výzkumného cíle bylo identifikovat, jaké osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti považují sociální pracovníci za podstatné pro výkon sociální práce v lůžkovém hospici. Zda na sociální pracovníky byly kladeny nějaké zvláštní kvalifikační požadavky při nástupu do zařízení a zda je studium připravilo na výkon sociální práce v hospici. Pro naplnění tohoto dílčího cíle jsem zvolila čtyři tazatelské otázky: TO 1: Jaké osobnostní předpoklady a schopnosti považujete za nejdůležitější pro výkon sociální práce v hospici? TO 2: Které praktické dovednosti spatřujete jako stěžejní pro výkon své profese? TO 3: Jaké byly kvalifikační požadavky na Vás, jakožto sociálního pracovníka při nástupu do zařízení? TO 4: Připravilo Vás studium na výkon sociální práce s touto cílovou skupinou?

DVC 1.1: Zjistit, jaké osobnostní předpoklady a schopnosti považují respondenti za nejdůležitější.

Velmi důležitou roli hrají při výkonu sociální práce v hospicové péči osobnostní rysy sociálního pracovníka. Respondentky shodně uvádějí, že považují za nejdůležitější pro práci v hospici empatii – schopnost vcítit se do druhých. Dále pak otevřenost, pravdivost, citlivost, ochotu pomáhat, odolnost vůči stresu, svědomitost, komunikativnost, zájem o hospicovou péči, pochopení, trpělivost, zkušenost s doprovázením, vyrovnání se s vlastní konečností a v neposlední řadě umění

odpouštět. Pro každou sociální pracovníci byl sestaven žebříček důležitosti jinak, ale vesměs se všechny předpoklady a schopnosti opakovaly. Nejvíce mne zaujala odpověď SP1: *„Na první místo bych zařadila určitě empatii, jelikož jen tak je možné pomoci rodině, klientovi a doprovázet je v této těžké životní etapě. Dále bych uvedla jako neméně důležité – schopnost pochopit situaci klienta, vyslechnout jeho i rodinu. Neměl by to být hrubián, prostě někdo, kdo je citlivý... Prostě člověk, který má srdce na správném místě a hlavně pro druhého. Je to občas hodně náročné, ale je potřeba vycítit, co který klient potřebuje a o čem chce mluvit.“*

DVC 1.2: Zjistit, které praktické dovednosti spatřují respondenti za stěžejní.

Dovednosti sociálních pracovníků se dají osvojit již v průběhu studia, ale je zapotřebí je nadále rozvíjet a posilovat, jelikož je sociální práce oblastí plodící stále nové teorie, metody a přístupy. Zároveň je oblastí plnou častých změn. Takže rozvoje a rozšiřování je v této oblasti opravdu zapotřebí.

Nejčastěji jsem se setkávala s názorem, že sociální pracovník by měl mít přehled o zákonných opatřeních, která se týkají dávkového systému, obzvlášť příspěvku na péči. Mezi další dovednosti respondentky řadí: umění odpovědět na otázky, které se zabývají koncem života a smrti, umění vést dokumentaci, umět pracovat s počítačem a v neposlední řadě řídit osobní automobil. Respondentka SP2 a SP4 uvádí ještě, že je zapotřebí teologických znalostí, jelikož se ve své praxi setkávají s lidmi věřícími, znalost zdravotní nauky a sítě zdravotních služeb v okolí.

DVC 1.3: Zjistit, jaké kvalifikační požadavky byly kladeny na respondenty při nástupu do zařízení.

Z rozhovorů se sociálními pracovníci vyplývá, že ve většině lůžkových hospiců (5) je jedním ze základních požadavků pro přijetí do zařízení splnění odborné způsobilosti podle zákona o sociálních službách. Tři respondenty uvádí, že je nutností vysokoškolské vzdělání a to SP1, SP2 a SP5. SP1 odpověděla následovně: *„Vysokoškolské vzdělání – na něm si tady zakládají, nižší vzdělání není přípustné.“*

Jen v jednom případě sociální pracovníce nemá vzdělání podle legislativního podkladu pro sociální pracovníky. SP6 vypověděla: *„Ředitel hospice chtěl přímo*

zdravotní sestru, ne sociálního pracovníka, jelikož podle jeho slov nepotřebuje hospic úředníka, ale příjmovou sestru, která ihned pozná naléhavost jednotlivých případů.“

Dvě respondentky uvádí, že v jejich zařízení se při nástupu posuzovaly i předpoklady pro výkon sociální práce v hospici. Mezi další požadavky SP5 uvedla ještě: „...zájem o hospicovou péči, orientaci v hospicové otázce a sociální práci a praxe.“ SP4 ještě dodává: „...odolnost a pozitivní přístup“.

DVC 1.4: Zjistit, zda respondenty připravilo studium na výkon sociální práce s umírajícími.

Tři respondentky, které studovaly obor – sociální práce shodně uvádějí, že je studium na výkon sociální práce s umírajícími nepřipravilo. SP3 mi sdělila, že daleko přínosnější byl pro ni kurz zdravotně-sociálního pracovníka, který absolvovala ještě před nástupem do hospice. SP4 a SP1 jsou toho názoru, že jim byl přínosem kurz logoterapie a dlouhodobý psychoterapeutický výcvik.

Naopak také tři respondentky jsou toho názoru, že je studium částečně nebo dobře připravilo a to SP2, SP5 a SP6. Respondentka (SP5), která studovala na UHK obor Sociální a charitativní práce, uvádí: „*Já osobně hodně čerpám ze studia, jelikož jsem studovala v době, kdy jsem již pracovala v hospici. Ale určitě přínosnější je pro mne denní život v hospici, je samozřejmě nutné se pořád vzdělávat a posouvat dál...*“. A ještě dodává: „*Hlavně předměty Dr. Burdy mi byly velikým přínosem...*“ Respondentka (SP2), která vystudovala obor zdravotně-sociální pracovník je toho názoru, že ji studium připravilo do jisté míry a dodává: „...*měli jsme dobrý základ v medicíně, což hodně pomáhá, protože pracuji v multidisciplinárním týmu bok po boku se zdravotníky.*“ SP6 zastává názor, že ji studium připravilo kvalitně a dodává: „*na vyšší odborné škole zdravotnické jsme se problematice umírání věnovali velmi intenzivně a myslím si, že hodně čerpám i z období, kdy jsem pracovala jako sestřička u lůžka, tady v hospici*“.

Všechny sociální pracovnice shodně uvádějí, že velký přínos pro ně je samotná praxe. Shodně také uvádějí, že se dále vzdělávají v hospicové a paliativní péči, navštěvují různé kurzy a semináře, které se tematikou kolem umírání zabývají.

DVC 2: Jak vnímají sociální pracovníci svou roli v zařízení a od ní se odvíjející náplň práce.

Dílčím výzkumným cílem bylo zmapovat, jak vnímají sociální pracovníci svou roli v zařízení a od ní se odvíjející náplň práce. Pro naplnění uvedeného cíle byla zvolena následující sada tazatelských otázek: TO 5: Můžete mi popsat, jak vypadá Váš běžný pracovní den? TO 6: Jaké stěžejní činnosti vykonáváte ve Vaší práci? TO 7: Vykonáváte nějaké úkony, které podle Vás nespadají do Vaší kompetence? TO 8: Jsou nějaké činnosti, kterým se nevěnujete dostatečně? TO 9: Jak vnímáte své postavení v rámci multidisciplinárního týmu v hospicové péči?

DVC 2.1: Zjistit, jak vypadá běžný den sociálního pracovníka.

Analýzou získaných dat jsem došla k závěru, že práce v hospici nelze předem naplánovat, neboť se ...*“mění z minuty na minutu“* (SP1). A SP1 ještě dodává: *„Snažím se naplánovat schůzky s žadateli nebo jejich blízkými, ale mezitím se třeba stav nějakého klienta natolik zhorší nebo dojde k úmrtí, že vše musí v tu chvíli stranou.“*

V každém hospici je harmonogram dne jiný, někde administrativa převládá v dopoledních hodinách a přímá péče odpoledne, jinde zase zcela naopak. Vždy tedy záleží na konkrétním hospicovém zařízení, na stavu klientů a naléhavosti jednotlivých úkonů.

Uvádím tedy jen výčet činností, které sociální pracovnice během dne vykonávají:

- zjištění stavu klientů v hospici,
- porady s multidisciplinárním týmem,
- vyřizování žádostí, telefonátů, příspěvků na péči,
- podávání informací klientům a jejich blízkým,
- koordinace dobrovolníků,
- tvoření, realizace a kontrola individuálních plánů klientů
- vedení sociální dokumentace
- vedení půjčovny kompenzačních pomůcek
- plnění posledních přání
- komunikace s úřady

DVC 2.2: Zjistit, jaké stěžejní činnosti vykonávají respondenti.

Prostřednictvím odpovědi na tazatelskou otázku: Jaké stěžejní činnosti vykonáváte ve Vaší práci?, bylo následně analyzováno, že v jednotlivých hospicích je pracovní náplň sociálního pracovníka velmi různorodá. Sumarizovat se dá pomocí teoretických kořenů této práce.

Samozřejmě jako nejdůležitější uvádějí sociální pracovnice přímou péči o klienty a jejich blízké. SP5 vypověděla: „...orientujeme klienty a jejich rodiny v často zcela nové situaci, kdy nevědí, co mají dělat. Hledáme řešení jejich starostí a problémů, doprovázíme. Plánujeme službu, zjišťujeme, co si klient přeje, co očekává a co mu může udělat radost.“

Všechny respondentky shodně uvádějí jako základní informační a poradenskou činnost. Sociální pracovník je mnohdy první člověk, se kterým zájemce či blízcí přicházejí do styku. Jedná se tedy o reprezentativní osobu hospice, která má přehled o nabízených službách hospicového zařízení. SP2 k tomuto dodává: „...Jsem vlastně taková informační linka...Musím mít přehled o všem, co se tady u nás děje, musím umět poradit se vším nebo když nevím, musím umět poradit, kam se mají obrátit.“

I v další oblasti náplně práce se všechny respondentky shodují, že další nezbytnou činností je administrativa. Na základě zjištění konstatují, že všem sociálním pracovnícím zabere administrativa značnou část dne a to kolem 50%. Sociální pracovnice mají mnoho práce s administrací plateb za pobyt, kompletací sociální dokumentace a vyřizováním různých záležitostí na úradech. Jen jedna sociální pracovnice (SP2) vypověděla, že je jednou z její činností péče o pozůstalé.

DVC 2.3: Zjistit, zda sociální pracovníci vykonávají pouze úkony spadající do jejich kompetence.

Na základě analýzy odpovědí všech respondentů bylo zjištěno, že čtyři sociální pracovnice vykonávají pouze úkony spadající do jejich kompetencí. I když SP3 k tomu dodává: „...každý vykonává nějakou činnost, беру to prostě tak, jak to je, neřeším, jestli něco mám dělat nebo nemám, prostě to dělám“. SP4 vzpomíná na své začátky v hospici a konstatuje následující: „už naštěstí ne, ale když jsem nastoupila do hospice, tak jsem byla i jako administrativní pracovnice, ale na úkor klientů,

naštěstí se situace asi po roce změnila a já začala vykonávat sociální práci na plný úvazek“.

Dvě respondentky SP1 a SP5 jsou toho názoru, že vykonávají i úkony, které nespádají do jejich kompetencí. SP1 je přesvědčena o tom, že do její kompetence nespadá vedení účetnictví a psaní grantů. K tomu dodává: *„...ale nevadí mi to, je to takové zpestření práce. Ale jsem toho názoru, že je to na úkor přímé péče o klienty. Ale bohužel nejsou ani finance, aby se přijmul někdo další, kdo by to měl na starost“.* SP5 si myslí, že do její kompetence nespadá vedení účetnictví a evidence plateb.

DVC 2.4: Zjistit, zda se sociální pracovníci věnují všem činnostem dostatečně.

Všechny sociální pracovnice uvádějí, že se bohužel nevěnují všem činnostem dostatečně, a to hlavně přímé práci s klientem a jeho blízkými. Shodně uvádějí, že hlavním důvodem je velké množství administrativy. SP5 zmiňuje, že by potřebovala více času věnovat individuálnímu plánování. K tomu dodává: *„S každým člověkem tvoříme jeho plán velice operativně, během prvních pár hodin a dále, jak to umožňuje zdravotní stav klienta. Ke každému člověku přistupujeme s ohledem na jeho individualitu, potřeby, přání a možnosti. Toto, řekla bych, máme „pod kůží“, je to samozřejmost naší práce. Někdy je těžké dát často těch pár dní, co u nás klient pobývá, do plánu, popsat ten pestrý proces, který tu probíhá. Máme příjmy a úmrtí téměř každý den, za rok máme stovky klientů...Kdyby tak jen šla omezit administrativa, to by bylo hned času“.* SP6 by se chtěla více věnovat klientům, ale „papírování“ jí to nedovolí. Ještě dodává: *„...takto je to u nás nastaveno, celkem mi chybí takové to popovídání si s pacienty, to u nás více dělají sestřičky a lékaři na oddělení.“*

DVC 2.5: Zjistit, jak vnímají své postavení sociální pracovníci v multidisciplinárním týmu.

Všechny sociální pracovnice vnímají své postavení v rámci multidisciplinárního týmu kladně, ale jen tři z nich toto uvedlo bez výhrad. SP1 se zmiňuje, že si někteří kolegové myslí, že nejsou sociální pracovnice potřeba, tedy ne tak jako oni. SP2 uvádí následovně: *„...musela jsem si uznání od kolegů "vydobýt", ale situace se již zlepšila. Pochopili, že jim pomáhám.“* SP6 je toho názoru, že sociální pracovník je

nezbytnou součástí multidisciplinárního týmu, ale myslí si, že její práci kolegové trochu podceňují.

DVC 3: Jaké metody (přístupy) a techniky sociální práce nejčastěji využívají sociální pracovníci v péči o klienty a jejich blízké.

Záměrem tohoto dílčího výzkumného cíle bylo identifikovat, jaké metody (přístupy) a techniky využívají sociální pracovníci ve zvolených hospicových zařízeních v péči o klienty a jejich blízké. Pro naplnění uvedeného cíle byla zvolena následující sada tazatelských otázek: TO 10: Jaká jsou podle Vás specifika v práci s klienty v hospicové péči, případně s jejich blízkými? TO 11: Jaké metody (přístupy) používáte při výkonu sociální práce s klienty a jejich blízkými? TO 12: Jaké techniky využíváte při výkonu sociální práce s klienty a jejich blízkými?

DVC 3.1: Zjistit, jaká jsou specifika v práci s klienty v hospicové péči a jejich blízkými.

Přestože je hospic institucionální zařízení, je péče řešena vždy individuálně, s ohledem k potřebám a přáním každého klienta. Klient je vždy ten, podle nějž se řídí jeho denní režim. Hospicová péče není pouze péčí o tělesné, neboli biologické potřeby klientů, ale uplatňuje se zde bio-psycho-spirituální přístup.

Analýzou odpovědí respondentek jsem došla k závěru, že všechny sociální pracovnice se shodují v názoru, že se jedná o velmi silně emotivní práci, kde se den co den setkávají se smrtí.

Velmi mne zaujala odpověď SP1 a to: „...*Myslím si, že v době našich babiček se se smrtí lidé lépe vyrovnávali. V dnešní uspěchané době se řeší tolik dalších věcí a nebere se zřetel na tak základní věci, jako je důstojné umírání. Smrt je často vyčleněná na okraj společnosti. Každý z nás by si měl uvědomit, že i on jednou bude umírat a měl by si zodpovědět otázku, jak bych chtěl, abych umíral.*“

DVC 3.2: Zjistit, jaké metody a přístupy využívají sociální pracovníci při výkonu sociální práce s klienty a jejich blízkými.

Na základě analýzy odpovědí všech respondentů bylo zjištěno, že ve všech případech je při výkonu sociální práce využíváno metod a přístupů podle vlastní intuice, která se odvíjí od potřeb klientů a jejich blízkých. Metody a přístupy jsou zpravidla závislé na zdravotním a psychickém stavu každého klienta. Všechny respondentky shodně uvádějí, že jako nejběžnější metoda je komunikace a umění naslouchat. Klienti i blízcí mají potřebu povídat si o svých problémech, chtějí se někomu svěřit, chtějí vyslechnout nebo i znát názor někoho nezainteresovaného.

SP5 dodává: „...z metod mi připadá nejpřínosnější případová studie, jelikož každý klient je jiný a potřebuje jiný přístup, tak vždy nejdřív posoudím situaci každého klienta.“ A dodává, že z přístupů osobně nejvíce využívá přístup orientovaný na klienta podle Rogerse a přístup orientovaný na úkoly. SP1 a SP4 čerpají při své práci z logoterapie. SP3 nejvíce využívá kognitivně-behaviorální a existencionální přístup.

DVC 3.3: Zjistit, jaké techniky sociální pracovníci používají při výkonu sociální práce.

Ze získaných odpovědí jednoznačně vyplývá, že sociální pracovníci používají při výkonu sociální práce s klienty a jejich blízkými hlavně individuální rozhovor. SP3 ještě dodává, že využívá „...techniku zastavení myšlenek.“ (pozn. autora: jedná se o přerámcování negativních myšlenek na pozitivní).

7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Realizované výzkumné šetření bylo zaměřené na **zmapování role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici a následné ověření, jak je tato role reflektována samotnými sociálními pracovníky v praxi**. Domnívám se, že se mi podařilo získat dostatečné množství informací od respondentů, z jejichž analýzy a následné interpretace jsem pomocí dílčích výzkumných cílů dospěla k zodpovězení hlavní výzkumné otázky a to: Jaká je role sociálních pracovníků v lůžkovém hospici a jak ji reflektují samotní sociální pracovníci v praxi?

Záměrem prvního dílčího cíle bylo identifikovat, jaké osobností předpoklady, schopnosti a dovednosti považují sociální pracovníci za podstatné pro výkon sociální práce v lůžkovém hospici. Zda na sociální pracovníky byly kladeny nějaké zvláštní kvalifikační požadavky při nástupu do zařízení a zda je studium připravilo na výkon sociální práce v hospici. V souvislosti s tímto dílčím cílem dotazované respondentky poukázaly na široké spektrum osobnostních předpokladů a praktických dovedností, kterými musí být sociální pracovník v hospici vybaven. Respondentky shodně uvedly, že považují za nejdůležitější pro práci v hospici **empatii – schopnost vcítit se do druhých**, dále pak otevřenost, pravdivost, citlivost, ochotu pomáhat, odolnost vůči stresu, svědomitost, komunikativnost, zájem o hospicovou péči, pochopení, vyrovnání se s vlastní konečností a v neposlední řadě umění odpouštět. Sociální pracovník by měl mít přehled o zákonných opatřeních, hlavně těch, které se týkají dávkového systému, obzvlášť příspěvku na péči. Mezi další dovednosti respondentky řadily: umění odpovědět na otázky, které se zabývají koncem života a smrti, umění vést dokumentaci, umět pracovat s počítačem a v neposlední řadě umění řídit osobní automobil. Z rozhovorů se sociálními pracovníky vyplynulo, že ve většině lůžkových hospiců je jedním ze základních požadavků pro přijetí do zařízení **splnění odborné způsobilosti podle zákona o sociálních službách**. Někde je tato podmínka zpřísněna a vyžaduje se vysokoškolské vzdělání. Jen v jednom případě neměla sociální pracovníce vzdělání podle legislativního podkladu pro sociální pracovníky. V návaznosti jsem zjistila, že připravenost na výkon sociální práce v hospici je do určité míry spjata s oborem studia. Jako nejlépe připraveny si připadaly respondentky, které studovaly obor sociální a charitativní práce, zdravotně-sociální pracovník a všeobecná zdravotní sestra. Naopak respondentky po vystudování oboru sociální

práce se cítily nepřipraveny a bylo jim přínosem další studium, které absolvovaly, hlavně **kurz logoterapie a dlouhodobý psychoterapeutický výcvik**. **Všechny respondentky shodně uvedly, že největší přínos spatřují v samotné praxi v hospici.**

Odpovědi na druhý dílčí výzkumný cíl zaměřený na zmapování role v zařízení a od ní se odvíjející náplně práce je zjištění, že práce v hospici nelze předem naplánovat, neboť se mění z minuty na minutu. V každém hospici je harmonogram dne jiný, někde administrativa převládá v dopoledních hodinách a přímá péče odpoledne, jinde zase zcela naopak. Vždy tedy záleží na konkrétním hospicovém zařízení, na stavu klientů a naléhavosti jednotlivých úkonů. Došla jsem k poznatku, že v jednotlivých hospicích je pracovní náplň sociálního pracovníka velmi různorodá. Sumarizovat se dá pomocí teoretických kořenů této práce. Samozřejmě jako nejdůležitější uvádějí sociální pracovníce **přímou péči o klienty a jejich blízké**. Dále uvedly, že se cítí jako reprezentativní osoba hospice, která má přehled o nabízených službách hospicového zařízení a vykonávají veškeré informační a poradenské služby. Výzkumné šetření dále ukázalo na jeden z faktorů, který vnímají sociální pracovníce jako negativní a limitující a tím je nadměrná administrativa. Pozice sociálních pracovníc je v rámci multidisciplinárního týmu vnímána pozitivně, ale zmínily, že bylo nutné si své místo v týmu vybudovat a obhájit.

Cílem třetího dílčího cíle bylo specifikovat, jaké metody (přístupy) a techniky využívají sociální pracovníce ve zvolených hospicových zařízeních v péči o klienty a jejich blízké. Přestože je hospic institucionální zařízení, je péče řešena vždy individuálně, s ohledem k potřebám a přáním každého klienta. Klient je vždy ten, podle něhož se řídí jeho denní režim. Hospicová péče není pouze péčí o tělesné, neboli biologické potřeby klientů, ale uplatňuje se zde bio-psycho-spirituální přístup. Analýzou odpovědí respondentek jsem došla k závěru, že všechny sociální pracovníce se shodují v názoru, že se jedná o velmi silně emotivní práci, kde se den co den setkávají se smrtí. Na základě analýzy odpovědí všech respondentek bylo zjištěno, že ve všech případech je při výkonu sociální práce využíváno metod a přístupů podle vlastní intuice, která se odvíjí od potřeb klientů a jejich blízkých. Metody a přístupy jsou zpravidla závislé na zdravotním a psychickém stavu každého klienta. Všechny respondentky shodně uvádějí, že jako nejběžnější metoda je komunikace a umění naslouchat. Klienti i blízcí mají potřebu povídat si o svých

problémech, chtějí se někomu svěřit, chtějí vyslechnout nebo i znát názor někoho nezainteresovaného.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapování role sociálního pracovníka v lůžkovém hospici a následné ověření, jak je tato role reflektována samotnými sociálními pracovníky v praxi.

V teoretické části jsem nejdříve vymezila základní pojmy, které uvedly čtenáře do širšího kontextu dané problematiky. Dále jsem se zaměřila na cíl a poslání sociální práce v hospici. Poté jsem se detailněji zabývala sociálním pracovníkem, jeho osobnostními předpoklady a dovednostmi, způsobem získávání odborné způsobilosti, rolemi a pracovní náplní.

V praktické části práce jsem hlavní cíl práce přetransformovala do hlavní výzkumné otázky, která zněla: Jaká je role sociálních pracovníků v lůžkovém hospici a jak ji reflektují samotní sociální pracovníci v praxi. Pro rozvinutí hlavního výzkumného cíle jsem si stanovila tři dílčí výzkumné cíle, které vyplynuly z teoretické části bakalářské práce a pomohly mi nalézt odpověď na mou hlavní výzkumnou otázku.

Pokud shrnu veškeré získané poznatky, konstatuji následující: Sociální pracovník v lůžkovém hospici by měl disponovat osobnostními předpoklady, schopnostmi a dovednostmi, které mu budou nápomocny v péči o umírající a jejich blízké. Dovednosti si sociální pracovníci osvojují již v průběhu studia, ale je zapotřebí je nadále rozvíjet a posilovat, jelikož je sociální práce oblastí plodící stále nové teorie, metody a přístupy. Zároveň je oblastí plnou častých změn. Takže rozvoje a rozšiřování je v této oblasti opravdu zapotřebí. V zařízeních, kde jsem realizovala výzkumné šetření, považují sociální pracovníci svoji roli do jisté míry jasně vymezenou. V rámci výzkumného šetření jsem došla k závěru, že sociální práce v lůžkovém hospici je zaměřena především na kompetence administrativní, informační a poradenské. Nemohu však říci, že by zůstala zredukována pouze na ně, ve velké míře jsou v hospici uplatňovány i kompetence psychosociální a komunikační. Sociální pracovník je bezesporu důležitým článkem v multidisciplinárním týmu hospicové péče a společně s ostatními odborníky přispívá ke zvýšení kvality života umírajících a jejich blízkých. Přesto se domnívám, že v porovnání se zdravotnickými profesemi je pozice sociálního pracovníka v lůžkovém hospici stále ještě nedostatečně vymezena. A je tedy na nás, sociálních pracovnících,

abychom se pokusili tento trend změnit a tím posílit a rozvíjet tuto specifickou profesi v hospicové péči.

Na základě teoretických i praktických poznatků získaných tvořením této práce bych chtěla přispět k bližšímu poznání profese sociálního pracovníka v lůžkovém hospici, což považuji za důležité a to hned z několika důvodů. Jedním z nich a myslím si, že nejdůležitějším, je objasnění úlohy sociálního pracovníka v hospici a to jako nezastupitelné profese v péči o umírající a jejich blízké, neboť kdo jiný lépe porozumí psychosociálním potřebám klientů, než samotní sociální pracovníci. Dalším důvodem je bezesporu podpora profese sociálního pracovníka v hospicích, protože ji vnímám jako často opomíjenou profesi v multidisciplinárním týmu. Práce by mohla být také přínosná pro odborníky i širokou laickou veřejnost, která není dostatečně informována o možnostech sociální práce v péči o umírající a jejich blízké. Vzhledem i ke stárnutí populace považuji péči o umírající a jejich blízké za velmi důležité a aktuální téma, kterému by se mělo věnovat více pozornosti.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ARNOLDOVÁ, Anna. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení II. Část – Sociální péče a sociální pomoc*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0875-8.
- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. vydání, Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4.vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-726-2034-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život: kapitoly z psychoonkologie*. 1. vyd., Praha: 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 1991.
- HEGYI, Ladislav. *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatricie*. 1. vyd. Bratislava: IVZ, 1996. ISBN 80-7163-005-5.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-442-9.
- JANEBOVÁ Radka; MUSIL Libor. *Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc*. In Sociální práce, 2007, 1 číslo, str. 50-61. ISSN 1213-6204
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portal, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání – co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. vyd., předpracované, v Portále první, Praha: Portál, s.r.o., 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana; CICHÁ, Martina; GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

MARKOVÁ, Monika, Mgr. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3171-1

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-473-7.

MELIŠOVÁ, Jana. *Sociální starostlivost o zomierajúcich a ich rodiny*. Trnava, 2000. Diplomová práce na Fakultě zdravotnictva a sociálnej práce Trnavské univerzity na katedře sociálnej práce. Vedoucí diplomové práce Rudolf Steindl.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MONROE, Barbara; OLIVIERE, Daniel. *Death, dying and social differences*. 1. vyd. New York: Oxford University Press, 2007. 0 19 85 27756 (Pbk).

NAVRÁTIL, Pavel; JANEBOVÁ, Radka a kol. *Reflektivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 978-80-7435-038-2.

PŘIDALOVÁ, Marie. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*. In *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. STUDENT, Johan-Christoph; MÜHLUM, Albert; STUDENT, Ute. 1. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav; VORLÍČEK, Jiří et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

SKÁLA, Bohumil; SLÁMA, Ondřej; VORLÍČEK, Jiří; KABELKA, Ladislav. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplněné vydání. Červený Kostelec, 2003. ISBN 80-902049-4-5.

SVATOŠOVÁ, Marie in MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla.; KOLÁČKOVÁ, Jana a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd., Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.

STUDENT, Johan-Christoph; MÜHLUM, Albert; STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Jinočany, Nakladatelství H&H, 2006, ISBN – 80-7319-059-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOMEŠ, Igor; DRAGOMIRECKÁ Eva; SEDLÁROVÁ, Katarína; VODÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Univerzita Karlova v Praze. 1. vydání Praha, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana; LEVICKÁ, Jana; VOSEČKOVÁ, Alena; MYDLÍKOVÁ, Eva. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatelů*, 1. vyd. Univerzita Hradec Králové, Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-570-7

ULRICOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdeněk; POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kol. *Paliativní medicína, druhé, přepracované a doplněné vydání*, Praha: Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Internetové zdroje

Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. *Standardy hospicové péče* [online]. [cit. 2016-10-02]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece/>

VZP. *Následná a dlouhodobá lůžková péče* [online]. [cit. 2016-10-04]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/zdravotnicka-zarizeni-a-specializovana-centra/nasledna-a-dlouhodobá-luzkova-pece>

Seznam tabulek a příloh

Tabulky

Tabulka č. 1: Transformace jednotlivých DVC do TO (zdroj: vlastní), str. 31

Tabulka č. 2: Nositelé informací (zdroj: vlastní), str. 34

Přílohy

Příloha 1: Seznam lůžkových hospiců podle Asociace poskytovatelů
hospicové paliativní péče

Příloha 2: Přepis rozhovoru se sociální pracovnící (SP1) ze dne 10. 11. 2016
(technika polostrukturovaný rozhovor)

Příloha 1

Seznam lůžkových hospiců podle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

Hospic Malovická - 30 lůžek

Malovická 3304/2, 140 00 Praha 4

Tel.: 725 424 753

recepce.malovicka@centrum.cz

www.hospicmalovicka.cz

Hospic Štrasburk, o.p.s. – 25 lůžek

Bohnická 12, 180 00 Praha 8 – Bohnice

Tel.: 283 853 256

kancelar@hospicstrasburk.cz

www.hospicstrasburk.cz

Hospic Dobrého Pastýře, Tři, o.p.s. – 30 lůžek

Sokolská 584, 257 22 Čerčany

Tel.: 731 648 977

tri@hospic-cercany.cz

www.hospic-cercany.cz

Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. – 30 lůžek

Neumannova 144, 383 01 Prachatice

Tel.: 777 704 210

info@hospicpt.cz

www.hospicpt.cz

Hospic svatého Lazara – 28 lůžek

Sladkovského 2472/66a, 326 00 Plzeň

Tel.: 603 471 603

hospic@hsl.cz

www.hsl.cz

Hospic sv. Štěpána, z.s. – 26 lůžek

Rybářské náměstí 662/4, 412 01 Litoměřice

Tel.: 604 118 985

info(zavináč)hospiclitomerice.cz

www.hospiclitomerice.cz

Hospic v Mostě, o.p.s. – 17 lůžek

Svážná ul. 1528, 434 00 Most
Tel.: 776 286 265
hospic@mostmail.cz
www.hospic-most.cz

Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. – 28 lůžek

Horská 1219, 460 14 Liberec 1
Tel.: 604 697 317
info@hospiczdislavy.cz
www.hospiczdislavy.cz

Hospic Anežky České – 30 lůžek

5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec
Tel.: 491 467 030
sekretariat@hospic.cz
www.hospic.cz

Hospic sv. Alžběty o.p.s. – 22 lůžek

Kamenná 36, 639 00 Brno
Tel.: 543 214 761, 776 312 965
info@hospicbrno.cz
www.hospicbrno.cz

Hospic na Svatém Kopečku – 30 lůžek

Sadové náměstí 4/24, 779 00 Olomouc
Tel.: 585 319 754
info@hospickopecek.charita.cz
www.hospickopecek.caritas.cz

Hospic Citadela – Diakonie CCE – 36 lůžek

Žerotínova 1421, 757 52 Valašské Meziříčí
Tel.: 605 223 405
hospic@citadela.cz
www.citadela.cz

Hospic sv. Lukáše – 30 lůžek

Charita Ostrava, Charvátská 8, 700 30 Ostrava – Výškovice
Tel.: 599 508 505, 731 625 763
lukashospic.ostrava@caritas.cz
www.ostrava.caritas.cz

Hospic Frýdek – Místek, p.o. – 30 lůžek

I.J.Pešiny 3640, 738 01 Frýdek – Místek

info@hospicfm.cz

www.hospicfm.cz

Tel.: 595 538 111

Příloha 2

Přepis rozhovoru se sociální pracovnící (SP1) ze dne 10. 11. 2016

(technika polostrukturovaný rozhovor)

Na začátku rozhovoru jsem znovu sociální pracovníci poděkovala, že je ochotná mi poskytnout rozhovor k mé bakalářské práci. Ujasnila jsem jí znovu, k čemu budou získaná data použita a že v žádném případě nebudou v textu práce uvedeny spojující informace s její osobou. Poté jsem jí požádala o ústní informovaný souhlas s použitím dat v mé práci.

Identifikační údaje: - žena, v hospici pracuje 2 roky, věk – 43 let, nejvyšší dosažené vzdělání - Vysokoškolské na Jihočeské univerzitě – obor sociální práce.

V: Jaké osobnostní předpoklady a schopnosti považujete za nejdůležitější pro výkon sociální práce v hospici?

SP1: *„Na první místo bych zařadila určitě empatii, jelikož jen tak je možné pomoci rodině, klientovi a doprovázet je v této těžké životní etapě. Dále bych uvedla jako neméně důležité – schopnost pochopit situaci klienta, vyslechnout jeho i rodinu. Neměl by to být „hrubián“, prostě někdo, kdo je citlivý....(odmlčení).... Prostě člověk, který má srdce na správném místě a hlavně pro druhého. Je to občas hodně náročné, ale je potřeba vycítit, co který klient potřebuje a o čem chce mluvit.“*

V: Jaké praktické dovednosti spatřujete jako stěžejní pro výkon své profese?

SP1: *„Znalost zákonů, hlavně orientaci v sociální oblasti, umět poradit klientovi a rodině a důležitý je řidičský průkaz.“*

V: Jaké byly kvalifikační požadavky při nástupu do zařízení?

SP1: *„Vysokoškolské vzdělání – na něm si tady zakládají, nižší vzdělání není přípustné.“*

V: A naváží na předešlou odpověď - připravilo vás studium na výkon sociální práce s touto cílovou skupinou?

SP1: „V žádném případě. Školní příprava je jedna věc a praxe je úplně něco jiného.“

V: A které by bylo podle vás přínosnější?

SP1: „Teologická fakulta by byla lepší, jelikož se více zaměřuje na duchovno a to je tady u nás nejvíce potřeba. Přínosný pro mne byl kurz logoterapie a psychoterapeutický výcvik, který jsem absolvovala před nástupem do hospice. Upřímně, hodně je samotná praxe v hospici.“

V: A jaké kurzy či výcviky jste absolvovala, abyste lépe porozuměla klientům a jejich blízkým?

SP1: „Hodně navštěvujeme školení a setkáváme se s paliativními týmy, abychom si předali své zkušenosti a poznatky. Samozřejmě se také účastníme různých kurzů a seminářů, jelikož máme zákonnou povinnost 24 hodin ročně. Ale v žádném případě tím nechci říct, že nejezdíme rádi, 24 hodin je opravdu jen zákonná norma. Z našeho zařízení jezdíme daleko častěji.“

V: A nyní bych se přesunula k Vaším pracovním aktivitám. Můžete mi ve zkratce popsat, jak vypadá váš pracovní den?

SP1: „Většinu dne máme přesně naplánovanou, ale jen „papírově“, neboť život v hospici se mění z minuty na minutu. Snažím se naplánovat schůzky s žadateli nebo jejich blízkými, ale mezitím se třeba stav nějakého klienta natolik zhorší nebo dojde k úmrtí, že vše musí v tu chvíli stranou. Ale když to shrnu, většinou dopoledne se snažím věnovat klientům a jejich blízkým a celé odpoledne strávím u stolu a doháním resty s administrativou.“

V: Opravdu celé odpoledne? To je celkem dost! A když byste měla určit, které činnosti jsou stěžejní ve vaší práci?

SP1: „Bohužel administrativa – 50% a druhých 40% přímá péče o klienty a jejich blízké...(odmlčení).... To je hrozný, když to řeknu takhle nahlas. Do té přímé péče bych radila i příjmy klientů, vyřizování žádostí. A ten zbytek trávím jako poradkyně pro klienty a jejich blízké.“

V: A nevykováváte třeba nějaké úkony, které podle vás nespádají do vaší kompetence? SP1: „Ano, vykonávám.“

V: A jaké, prosím?

SP1: *„Píši granty, připravuji podklady pro účetní, ale nevadí mi to, je to takové zpestření práce. Ale jsem toho názoru, že je to na úkor přímé péče o klienty. Ale bohužel nejsou ani finance, aby se přijmul někdo další, kdo by to měl na starost.“*

V: Jsou nějaké činnosti, kterým se podle Vás nevěnujete dostatečně?

SP1: *„Tak jak jsem již uvedla, je to přímá péče s rodinou, té bych se prostě chtěla více věnovat, chtěla bych mít času na jednotlivé klienty, ale bohužel z časových důvodů to prostě nejde, mám hodně papírování.“*

V: Dále by mne zajímalo, jak vnímáte své postavení v rámci multidisciplinárního týmu?

SP1: *„Myslím si, že je již celkem rovnoprávné, ale největší podíl na doprovázení klienta má stejně zdravotní sestra. Já jsem spíše taková styčná osoba pro rodiny klientů. S klienty já opravdu moc do styku nepřijdu, jen při příjmu a pak občas na oddělení, ale sestřičky jsou v každodenním kontaktu s klienty a na jejich bedrech je daleko větší zátěž. Někteří kolegové si myslí, že nejsou sociální pracovníce potřeba, tedy ne tak jako oni.“*

V: Jaká jsou podle vás specifika v práci s klienty v hospicové péči?

SP1: *„Specifikem je určitá počáteční bezradnost. Rodiny mají strach, že jejich blízcí umírají, neumějí se s touto skutečností vyrovnat. Jedná se o velkou psychickou zátěž, kde den co den umírají klienti. Myslím si, že v době našich babiček se se smrtí lidé lépe vyrovnávali. V dnešní uspěchané době se řeší tolik dalších věcí a nebere se zřetel na tak základní věci, jako je důstojné umírání. Smrt je často vyčleněná na kraj společnosti. Každý z nás by si měl uvědomit, že i on jednou bude umírat a měl by si zodpovědět otázku, jak bych chtěl, abych umíral? (odmlčení).“*

V: Využíváte nějaké metody, přístupy při výkonu sociální práce s klienty a jejich blízkými?

SP1: *...(Smích)... „Vždyť jsem říkala, škola je jedna věc, ale praxe je něco jiného.... (zamyšlení)..... No když budu lovit v paměti, tak možná logoterapie – ostatní jsou jen „školní“ metody. Tady u nás se práce dělá hlavně srdcem, tady žádné naučené*

postupy nefungují, vždy musíte hledat nějaké řešení šité na míru každému klientovi, potažmo rodinám klientů. Důležité je umění naslouchat a dobrá komunikace.“

V: A nedá mi to, a zeptám se ještě na techniky, které využíváte při práci s klienty a jejich blízkými?

SP1: *„Jednoznačně rozhovor a umění naslouchat.“*

V: Velmi si vážím práce, kterou vykonáváte. Ještě jednou vám děkuji, že jste mi umožnila uskutečnit rozhovor s vámi a přeji vám paradoxně, co nejméně klientů a hlavně hodně zdraví.

SP1: *„Také děkuji a přeji úspěšný závěr studia.“*