

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Postavení sociálního pracovníka v paliativní péči

Michaela Růžičková

Bakalářská práce

Studijní program: Sociální práce zaměřená na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

kombinovaná forma studia

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D

Praha 2024

Prague College of Psychosocial Studies



The position of the social worker in palliative care

Michaela Růžičková

Bachelor's Thesis

study program: Social work with a focus on communication and applied

psychotherapy

combined form of study

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D

Praha 2024

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní nebo výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis:

Michaela Růžičková

Poděkování

Nejprve bych chtěla poděkovat doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, Ph.D. za ochotu, trpělivost a laskavý přístup. Další poděkování patří respondentkám, které mi upřímně, otevřeně a trpělivě odpovídaly na mé dotazy. V neposlední řadě děkuji mé rodině a kamarádkám Andrejce, Blance a Sandře, kteří mě podporovali v mém úsilí.

ANOTACE:

Tato bakalářská práce se věnuje postavení sociálního pracovníka v paliativní péči. Hlavním cílem je teoreticky analyzovat postavení sociálního pracovníka v paliativní péči. Subjektivní prožívání sociálního pracovníka v kontaktu s klientem paliativní péče a jak prožívá svou náročnou situaci v práci.

Výzkumná část zahrnuje kvalitativní analýzu pomocí rozhovorů, která má za cíl teoreticky analyzovat postavení sociálního pracovníka v paliativní péči, jeho subjektivní prožívání v kontaktu s klientem paliativní péče a prožívání své náročné pozice v práci.

Klíčová slova: paliativní péče, sociální pracovník, paliativní tým

ANNOTATION:

This bachelor's thesis is devoted to the position of the social worker in palliative care. The main goal is to theoretically analyze the position of the social worker in palliative care. The subjective experience of a social worker in contact with a palliative care client and how he experiences his difficult situation at work.

The research part includes a qualitative analysis using interviews, which aims to theoretically analyze the position of the social worker in palliative care, his subjective experience in contact with the palliative care client and his experience of his demanding position at work.

Keywords: palliative care, social worker, palliative team

Obsah

ÚVOD	- 1 -
TEORETICKÁ ČÁST.....	- 2 -
1. PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE	- 2 -
1.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE	- 6 -
1.2.1 Historie paliativní a hospicové péče ve světě.....	- 6 -
1.2.2 Historie paliativní péče v České republice.....	- 7 -
2. SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI.....	- 9 -
2.1 EVROPSKÉ STANDARDY	- 9 -
EVROPSKÉ STANDARDY	- 9 -
2.2 ČESKÉ STANDARDY.....	- 9 -
2.3 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ	- 11 -
2.4 KLIENT PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU SOCIÁLNÍ PRÁCE	- 11 -
2.5 KLIENT PALIATIVNÍ PÉČE Z POHLEDU PSYCHOLOGIE	- 12 -
2.6 PSYCHOLOGICKÁ POMOC.....	- 14 -
2.7 KRIZOVÁ INTERVENCE	- 15 -
2.8 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	- 16 -
2.8.1 Komunikační a psychologické aspekty	- 23 -
2.8.2 Rodinná setkání, rodinné konference.....	- 24 -
3. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	- 24 -
3.1 ETICKÉ ZÁSADY V SOCIÁLNÍ PRÁCI	- 25 -
3.2 OSOBNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	- 26 -
3.3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK JAKO ČLEN MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V PALIATIVNÍ PÉČI	- 26 -
4. PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	- 29 -
4.1 EUTANAZIE	- 29 -
4.2 SMRT.....	- 30 -
4.3 THANATOLOGIE	- 31 -
4.4 ÉTIKA A UMÍRÁNÍ.....	- 32 -
4.5 POSTOJ K UMÍRÁNÍ V MINULOSTI A SOUČASNOSTI	- 32 -
5. PRAKTICKÁ ČÁST.....	- 34 -
5.1. CÍL VÝZKUMNÉ SONDY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	- 34 -
5.2. METODA VÝZKUMU	- 35 -
5.3. VÝZKUMNÝ VZOREK	- 36 -
5.4. VLASTNÍ ZKUŠENOST S TÉMATEM	- 36 -
6. ROZHOVORY S PARTICIPANTY	- 38 -
6.1 Rozhovor s respondentkou X.....	- 38 -
6.2 Rozhovor s respondentkou Y	- 41 -
6.3 Rozhovor s respondentkou Z.....	- 44 -
7. ZÁVĚR VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	- 48 -
SEZNAM LITERATURY:.....	- 51 -
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:	- 57 -

ÚVOD

Současná uspěchaná doba přináší významné výzvy i na sklonku lidského života. Nedostatek prostoru a času věnovaného blízkým v jejich posledních chvílích, stejně jako nedostatek informací o možnostech paliativní péče, může vést k situacím, kdy lidé umírají způsobem, který neodpovídá jejich přáním. Mnozí jedinci se ocitají v zařízeních, kde závěr jejich života neprobíhá v prostředí, které by si vybrali. Tento deficit informací a podpory často brání naplnění jejich posledních přání a má vliv na kvalitu jejich posledních dní. Paliativní péče, která se v České republice stále více etablovala jako klíčová součást zdravotnického systému, se snaží tuto situaci zlepšit. Jejím cílem je poskytnout umírajícím co nejlepší možnou kvalitu života v jejich poslední etapě a umožnit jim strávit tento čas v souladu s jejich přáními a hodnotami.

Úkolem sociálního pracovníka, jako jednoho z členů paliativního týmu, je poskytovat emocionální a psychologickou podporu umírajícím a jejich rodinám. Sociální pracovník zajišťuje komunikaci mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým personálem, čímž usnadňuje porozumění a sdílení informací. Dále pomáhá rodinám zvládat stres a smutek, poskytuje poradenství ohledně právních a finančních záležitostí, a zajišťuje přístup k různým sociálním službám. Sociální pracovník také podporuje pacienty v jejich rozhodování o péči a v plnění jejich posledních přání, což může zahrnovat koordinaci domácí péče nebo hospicových služeb.

Hlavním cílem této bakalářské práce je prozkoumat postavení sociálního pracovníka v paliativní péči. Výzkumná část práce zahrnuje kvalitativní fenomenologickou analýzu pomocí rozhovorů, která má za cíl hlouběji porozumět vnímání této profese sociálními pracovníky, jejich vztahu ke klientům a motivaci setrvat v této náročné práci. Dále se zaměřuje na identifikaci nekomfortních aspektů práce a způsoby, jakými sociální pracovníci ventilují stres a překonávají pracovní náročnosti. Práce zkoumá, jak sociální pracovníci vnímají svou profesi, jaké mají vztahy s klienty, co je motivuje v této oblasti zůstat, a co pro ně představuje nekomfort v práci. Rovněž se zabývá tím, co jim pomáhá zvládat náročné situace a jaké strategie používají k uvolnění stresu.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Paliativní a hospicová péče

Paliativní péče není zaměřena pouze na péči o pacienty s terminálním onemocněním, ale zahrnuje i podporu jejich rodinných příslušníků. Tato péče může být poskytována jak krátkodobě v posledních fázích umírání, tak i dlouhodobě. Dlouhodobá paliativní péče je častěji poskytována pacientům s neoncologickými onemocněními, kde není prognóza jednoznačně určena. Tato péče může být rovněž poskytována přechodně, například při zhoršení zdravotního stavu pacienta nebo v krizových situacích. (Kalvach, 2010).

Paliativní péče uznává jedinečnost každého jedince, jeho hodnoty a přání. Pacientům a jejich blízkým poskytuje prostor pro vyjádření emocí a obav a usiluje o vytvoření prostředí, kde mohou prožít zbývající čas co nejlépe a nejplnohodnotněji. Tento přístup podporuje rozvoj lidskosti a hlubšího porozumění sebe sama i ostatních, čímž posiluje komunitu a přispívá k rozvoji kulturních, morálních a etických hodnot ve společnosti. Klíčovým prvkem v lidském přístupu ke zdravotní péči je komunikace, která zajišťuje, že každý individuální životní příběh je respektován a ceněn. (World Health Organization. (n.d.).

Existuje také perinatální paliativní péče, která se zabývá péčí o ženu při zjištění nemoci či vady plodu a podporou ženy při porodu mrtvého plodu. Také se zabývá péčí o novorozence (comfort care) a o truchlící rodinu (Ratislavová, 2016).

Dětská paliativní péče není příliš rozšířená, přestože na ni mají umírající děti nárok. Tato péče je specifická a odlišuje se od péče o dospělé nejen specifickým přístupem, ale také zaměřením na podporu celé rodiny nemocného dítěte (Šance Dětem, n.d.).

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní péče u dětí aktivní a komplexní péčí o tělo, mysl a ducha dítěte, a zahrnuje také podporu rodiny. Tato péče začíná již při stanovení diagnózy nevléčitelného onemocnění a pokračuje nepřetržitě, bez ohledu na to, zda dítě podstupuje léčbu zaměřenou proti nemoci (World Health Organization, n.d.).

Definice paliativní péče z knihy *Paliativní medicína v praxi* je: "*Paliativní péče je aktivní a komplexní péče o pacienty s nevléčitelnými nemocemi, zaměřená na zmírnění jejich utrpení a zajištění co nejlepší kvality života*" (Sláma, Kabelka, 2022)."

"Ve Sbírce zákonů České republiky nalezneme Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který uvádí paliativní péči jako jednu z druhů zdravotních služeb, konkrétně:

„paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí“ (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011). Zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. uvádí paliativní péči jako jednu z forem péče hrazené ze zdravotního pojištění. Navazuje na něj úhradová vyhláška platná od 1. 1. 2023, umožňující pojišťovnám nasmlouvat a proplácet mobilní specializovanou paliativní péči. Konkrétně se jedná o úhradu v odbornosti 926 – domácí paliativní péče a to formou ošetrovacího dne (Zákon č. 48/1997 Sb., 1997)."

Podle Národního zdravotnického informačního portálu se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou. Oba typy se zaměřují na komplexní přístup zahrnující léčbu bolesti, zvládnutí symptomů a poskytování sociální podpory. Obecnou paliativní péči poskytují zdravotníci, kteří nejsou specialisté, ale mají základní znalosti principů paliativní medicíny. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům s komplikovanými potřebami a poskytují ji odborníci v tomto oboru. Tento článek se podrobně věnuje oběma typům péče, jejich důležitosti a principům, které z nich činí nezbytnou součást zdravotní péče.

Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče se týká situace, kdy péči o člověka na konci života zajišťuje jeho praktický lékař, nemocniční lékař, sestry z domácí péče a další profesionálové, kteří sice nejsou specialisté na paliativní medicínu, ale ovládají její základní principy a postupy. Tato péče zahrnuje kromě standardní léčby také pravidelně aktualizovaný léčebný plán, který zohledňuje jak klinický stav pacienta, tak jeho preference a hodnoty. Důležitou součástí je i účinná léčba bolesti a dalších symptomů, sociální poradenství a podpora pro pacienta a jeho rodinu. Až 80 % lidí na konci svého života by mohlo těžit z kvalitní obecné paliativní péče. Přestože je počet zařízení připravených poskytovat tuto péči stále nízký, postupně roste.

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována zdravotnickými zařízeními vedenými primářem nebo vedoucím lékařem, který je odborníkem v oboru paliativní medicíny. Tato péče je určena pacientům s onemocněními a symptomy, které jsou natolik složité, že jejich zvládnutí přesahuje možnosti běžných zdravotnických oddělení nebo ordinací.

Nemocniční paliativní péče

Paliativní péče v nemocnicích je poskytována prostřednictvím konziliárních týmů, které pomáhají s péčí o pacienty na různých odděleních. Tyto týmy poskytují odborné poradenství kolegům z jiných oddělení a často spolupracují s rodinami pacientů. Konziliární týmy jsou k dispozici na žádost lékaře nebo rodiny pacienta a jsou bezplatné ve většině krajských, fakultních a některých menších nemocnic. Seznam těchto zařízení je uveden v článku "Adresář zařízení paliativní medicíny". Další formou nemocniční paliativní péče jsou specializovaná lůžková oddělení, která se zaměřují na pacienty s komplikovaným průběhem závěru života. Tato oddělení jsou zatím dostupná pouze v několika nemocnicích v České republice.

Ambulance paliativní medicíny

Ambulance paliativní medicíny jsou určeny pacientům s nevléčitelnými, život ohrožujícími nebo život zkracujícími nemocemi. Cílem této péče je zajištění co nejvyšší kvality života pacientů a plánování budoucí péče s ohledem na možné scénáře vývoje jejich zdravotního stavu. Péče se obvykle poskytuje v ambulanci, ale může probíhat i formou domácí návštěvy nebo konzilií v nemocnici. Praktický lékař nebo specialista může vystavit poukaz na tuto péči, ale pacient nebo jeho blízcí si ji mohou domluvit i sami. Náklady na tuto péči obvykle hradí zdravotní pojišťovna.

Domácí hospic (mobilní specializovaná paliativní péče)

Poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta, dostupnou 24 hodin denně včetně lékaře. Multidisciplinární tým dochází za pacienty, kteří mají pokročilé nevléčitelné onemocnění, domů a umožňuje ve spolupráci s rodinou, aby nemocný mohl zdravotní péči dostávat v prostředí, kde se cítí dobře, až do přirozeného konce života. Na službu může napsat poukaz praktický lékař nebo specialista, nebo si ji může domluvit sama rodina a hradí ji částečně zdravotní pojišťovny (klient se většinou podílí částkou 100–200Kč za den péče).

Lůžkový hospic

Je vhodný pro pacienty, kteří nemohou nebo nechtějí prožít závěr života doma nebo v nemocnici. Lůžkové hospice nabízejí komplexní péči multidisciplinárního paliativního týmu a snaží se přitom o co největší přiblížení domácímu prostředí. Poskytují podporu i příbuzným pacientů, kteří mají neomezené návštěvní hodiny a mohou být se svými blízkými ubytováni přímo v hospici. Na hospic může napsat poukaz praktický lékař nebo specialista, nebo si ho může domluvit sama rodina a částečně ho hradí zdravotní pojišťovna (klient se podílí částkou 350–500 Kč denně, většinou vypočtenou z příspěvku na péči). Národní zdravotnický informační portál. (n.d.)

"Všechny hospice ale mají jedno společné – poskytují převážně terminální léčbu a péči".

MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.).

Praktický lékař

U většiny pacientů s nevléčitelným onemocněním by měl být jejich nejbližším průvodcem praktický lékař. Ten by měl kromě běžné léčby také ve spolupráci s pacientem a jeho blízkými sestavit léčebný plán, který zohledňuje jak klinický stav pacienta, tak jeho osobní preference, přání a hodnoty. Praktický lékař by měl zajistit odpovídající léčbu bolesti a dalších symptomů, poskytovat informace a kontakty na sociální poradenství a podporu pro pacienta i jeho rodinu. Navíc předepisuje potřebné pomůcky (například polohovací postel) a další služby, jako jsou návštěvy sestry domácí péče.

Agentura domácí péče

Pravidelné návštěvy zdravotní sestry doma, max. 3 denně na 1 hodinu. Cílem je zajištění základních zdravotnických úkonů – aplikace injekcí, převazy, odběry, ošetření proleženin aj., ale zpravidla se nevztahuje na služby související s pravidelnou hygienou. Službu předepisuje praktický lékař nebo lékař v nemocnici a hradí ji zdravotní pojišťovna. U pacientů, kteří jsou v závěrečném stádiu svého onemocnění, předepíše praktický lékař signální kód 06349, který umožňuje sestřám docházet podle potřeby i během noci a víkendů. Agenturu, která je to schopna zajistit, vám doporučí klientská linka vaší zdravotní pojišťovny.

Geriatrická ambulance

Lékařská odbornost, která se specializuje na problematiku stárnutí. Návštěva na geriatrici je přínosná zejména u pacientů, které trápí kombinace několika různých chronických onemocnění spojená s příznaky, které se nedaří beze zbytku vyřešit praktickému lékaři. Může na ni napsat poukaz praktický lékař nebo specialista, nebo si ji může domluvit sama rodina a hrají ji zdravotní pojišťovna (Národní zdravotnický informační portál, n.d.).

Na závěr kapitoly o rozdělení paliativní péče je dobré shrnout, že je poskytována v domácím prostředí nemocných, v hospicích nebo v nemocnicích. V paliativní péči spolupracuje tým odborníků, kteří poskytují klientům své služby. Tato práce je pro pracovníky i posláním. Neméně důležitou roli hraje rodina nemocného, která by měla mít vhodné podmínky pro poskytování pomoci svým blízkým (Laca, 2013).

1.2 Historie paliativní péče

Paliativní péče má své kořeny hluboko v historii lidské civilizace, přičemž její vývoj lze sledovat od starověku až po moderní dobu. Historie paliativní péče odráží měnící se přístupy k umírání, smrti a péči o nemocné v různých kulturách a epochách.

1.2.1 Historie paliativní a hospicové péče ve světě

Pokud se vrátíme tisíce let zpět ke starověkým civilizacím, zjistíme, že „umění léčit“ bylo převážně doménou žen. Ženy se vyznačovaly obětavostí, empatií, trpělivostí, odvahou čelit nepříjemným skutečnostem a schopností mírnit bolest. Lékařství v těchto dobách často zahrnovalo nejen samotnou léčbu, ale především mírnění bolesti a doprovázení nemocných.

Naopak moderní lékařství, převážně ovládané muži, je charakterizováno snahou o dosažení úspěchu a zaměřením se na organické detaily. Tato změna v přístupu odráží rozdílné priority a hodnoty v léčení mezi starověkem a současností (STUDENT aj., 2006, s. 141–142).

Hospic v tom nejstarším slova smyslu existoval vlastně již od středověku a poskytoval střechu nad hlavou, stravu a odpočinek poutníkům na dlouhých cestách do Svaté země. Fungovali jako útočiště pro všechny, kdo z jakéhokoli důvodu nemohli pokračovat dál v cestě, byli příliš unavení, nemocní či dokonce umírali. Na poutních cestách existovaly stovky hospiců (CALLANANOVÁ a KELLEYOVÁ, 2005, s. 30).

V 70. letech 20. století, s rozvojem hospiců, došlo k etablování paliativní medicíny jako samostatného medicínského oboru (Marková, 2010).

Podle článku na webu Umírání.cz (n.d.) je historie paliativní péče poměrně barvitá. Svědčí o tom už fakt, že i samotný pojem „paliativní péče“ prošel mnoha proměnami a upřesněními. Definice z roku 1987 říká, že* *„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.“* * (Umírání.cz, n.d.).

První hospic byl založen v roce 1847 v Lyonu Jeanne Garnierovou. Vznik paliativní péče tedy datujeme právě do poloviny 19. století. Šlo o přirozené vyústění procesu, který započal již o několik let dříve, kdy právě Jeanne Garnierová založila společenství žen, jež se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. Díky Jeanne Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj dnes známý význam. Neznamená to však, že by se v dřívějších dobách o těžce nemocné pacienty nikdo nestaral. Již ve středověku vznikaly v kláštorech (díky církevním řádům) speciální místa pro nevléčitelně nemocné. V roce 1878 založila Marie Aikenheadová v Dublinu kongregaci „Sester lásky“. Za úkol si dala doprovázet pacienty při umírání. Tato komunita posléze založila hned několik domů ve Velké Británii. Právě v jednom z těchto hospiců pracovala po 2. Světové válce Cicely Saundersová, která měla v 50. letech výrazný vliv při formulování zásad paliativní péče. Byť se v té době medicína rozvíjela takovou rychlostí jako nikdy dříve v historii, Cicely Saundersová měla neustále na paměti, že nelze zapomínat na ty, jimž medicína již vyléčení nabídnout nemohla (Umírání.cz, n.d.).

1.2.2 Historie paliativní péče v České republice

Základ pro rozvoj hospicové péče v České republice byl položen již v roce 1991, kdy ministerstvo zdravotnictví zřídilo odbor zdravotně sociální péče, který v první polovině 90. let podporoval rozvoj domácí péče (Home Care). Tato péče zahrnovala především zdravotní péči v domovech pacientů, ale také psychosociální podporu. Domácí péče se rozvíjela v rámci experimentálního projektu Charitativní ošetrovatelská služba v rodinách. V té době byla zdravotní péče financována nesystémově přímo ze státních dotací, protože potřebná legislativa pro domácí péči ještě neexistovala. Po třech letech, v roce 1994, se přešlo na systémové financování, a domácí péče se tak stala běžnou součástí zdravotních služeb. Během tohoto experimentu se začalo uvažovat o podpoře pacientů v terminálním stádiu nemoci. Po ukončení experimentu ministerstvo zdravotnictví podpořilo dotacemi vznik prvního českého hospice,

který měl původně vzniknout v Malých Svatoňovicích, ale nakonec byl postaven v Červeném Kostelci u Náchoda. Myšlenka na podporu hospicové péče tedy vyrostla z domácí péče (FILEC, 2013).

Výraznější rozvoj paliativní medicíny v České republice začal až v 90. letech minulého století. Lékařům a dalším zdravotnickým pracovníkům bylo tehdy umožněno vycestovat na stáže do zahraničních zařízení, což vedlo k rozšiřování paliativní medicíny v naší zemi. První oddělení paliativní péče bylo zřízeno v roce 1992 v Nemocnici v Babicích nad Svitavou v rámci Oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění, které bylo později transformováno na LDN. První hospic v České republice, Hospic Anežky České, byl otevřen v roce 1995 v Červeném Kostelci (Umírání.cz, n.d.).

Nadační fond Klíček, vedený manželi Královcovými, je zakladatelem prvního dětského hospice v České republice. Tento hospic se nachází v obci Malejovice ve středním Posázaví a poskytuje odlehčovací pobyty pro rodiny s vážně nemocnými dětmi, které nevyžadují intenzivní ošetřování. V budoucnu plánují vytvořit jednotku pro náročnější ošetrovatelskou a paliativní péči pro těžce nemocné a umírající děti (Nadační fond Klíček, n.d.).

2. Sociální práce v paliativní péči

Sociální práce v paliativní péči hraje klíčovou roli v podpoře pacientů s nevyлéčitelnými onemocněními a jejich rodin. Tato péče zahrnuje nejen zdravotní, ale i psychologické a sociální aspekty, které jsou nezbytné pro zajištění co nejvyšší kvality života pacientů. Sociální pracovníci pomáhají pacientům a jejich rodinám vyrovnat se s emocemi spojenými s nemocí a blížícím se koncem života, poskytují emocionální podporu a pomáhají při hledání smyslu a účelu v závěrečných fázích života.

2.1 Evropské standardy

Evropské standardy paliativní péče vznikly jako reakce na rozmanitost globálního pojetí této péče. Cílem je sjednotit jazyk a vytvořit mezinárodní základ pro tvorbu národních standardů. V roce 2009 zveřejnila Evropská asociace paliativní péče (EAPC) dokument "Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě," který posloužil jako východisko pro národní standardy, včetně České republiky. Následně byla vydána Bílá kniha EAPC, která definuje klíčové kompetence sociálních pracovníků v paliativní péči, zahrnující aplikaci principů, vyhodnocení situace, plánování péče, advokacii, komunikaci, evaluaci, týmovou spolupráci, vzdělávání a reflexivní praxi.

2.2 České standardy

Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) vytvořila první standardy paliativní péče v České republice v roce 2013. V současnosti existují také standardy dalších dvou hlavních organizací v této oblasti: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) a Fórum mobilních hospiců (FMH).

Standardy vytvořené ČSPM:

1. Základní struktura a průběh péče
2. Péče o tělesný stav a potřeby
3. Psychologické a psychiatrické aspekty péče
4. Sociální aspekty péče
5. Existenciální, spirituální a náboženské aspekty péče

6. Kulturní aspekty péče
7. Péče o umírajícího pacienta
8. Etické a právní aspekty péče

(Centrum paliativní a hospicové péče PAHOP, 2013).

Navázání na téma standardů paliativní péče nás přivádí k důležité roli sociálního poradenství v této oblasti. Sociální poradenství je klíčovou součástí podpory pacientů s nevléčitelnými onemocněními a jejich rodin. Sociální pracovníci v paliativní péči poskytují nejen emocionální a psychologickou podporu, ale také praktické rady a pomoc při řešení sociálních a právních otázek, které mohou pacienti a jejich rodiny čelit. Tato komplexní péče zahrnuje poradenství ohledně práv pacientů, koordinaci péče a podporu v krizových situacích. V další části se zaměříme na konkrétní aspekty sociálního poradenství v paliativní péči, včetně jeho přínosu pro pacienty a jejich rodiny.

2.3 Sociální poradenství

Jak velmi přesně uvádí Hospic Cheb, sociální poradenství v paliativní péči má za cíl poskytovat informace o záležitostech souvisejících s úmrtím a umíráním. Poradenství zahrnuje zprostředkování kontaktu s lékařem, zdravotní sestrou, duchovním nebo psychologem. Dále poskytuje přehled o sociálních a sociálně-zdravotních službách a zajišťuje kontakt na návazné zdravotní služby domácí hospicové péče. Informuje také o zdravotních a kompenzačních pomůčkách a jak je získat. Pomáhá s příspěvkem na péči (PnP), vyplňováním žádostí o PnP, a poskytuje informace o dalších sociálních dávkách a postupu při jejich podávání. Sociální poradenství rovněž nabízí bezpečný prostor pro projevení starostí, nejistoty a smutku, a funguje jako osvětové místo, kam se veřejnost může obrátit pro informace. Pomáhá také řešit nepříznivé sociální situace klientů (Hospic Cheb, n.d.).

Stejným způsobem popisuje sociální poradenství VFN na svých webových stránkách, jak Sociální poradenství u pacientů pomáhá zajistit návaznou péči v domácím prostředí (domácí zdravotní péče, domácí hospicová péče, asistenční služby) či institucionální péče (hospice, lůžka následné péče, respitní/odlehčovací pobyty). Usnadní orientaci v systému sociálních dávek a finanční podpory i při plánování a zajišťování kompenzačních pomůcek (VFN, n.d.).

2.4 Klient paliativní péče z pohledu sociální práce

Z paliativní péče obecně profitují všichni pacienti, žijící s život ohrožujícím onemocněním, bez ohledu na základní diagnózu.

Cílovou skupinu specializované paliativní péče představují zejména pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných onemocnění, jejichž potíže jsou komplexní. Onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích obvykle vyžadují specializovanou paliativní péči, jsou:

- onkologická onemocnění,
- neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, amyotrofická laterální skleróza – ALS, demence),
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění (srdce, ledvin, jater, plic)

- závěrečná fáze života u křehkých geriatrických pacientů s vyjádřenými komplexními potřebami
- celé spektrum těžkých vrozených syndromů a vad v dětském věku, vzácná a metabolická onemocnění u dětí
- stavy, které i při maximální intenzivní léčbě progredují.

(Umíraní.cz, n.d.)

Paliativní péče je zaměřena na zlepšení kvality života pacientů s nevléčitelnými onemocněními a jejich rodin. Klient v paliativní péči se často potýká s komplexními fyzickými, emocionálními, a sociálními problémy, které vyžadují interdisciplinární přístup. Sociální pracovníci hrají v této péči klíčovou roli tím, že poskytují podporu, poradenství a pomáhají klientům vyrovnat se s jejich situací.

Efektivní komunikace je základem kvalitní paliativní péče. Zdravotníci musí být schopni nejen poskytovat lékařskou péči, ale také naslouchat a reagovat na emocionální a psychologické potřeby klientů a jejich rodin. Dobrá komunikace zahrnuje schopnost empaticky naslouchat, poskytovat jasné a srozumitelné informace, a podporovat pacienty i jejich blízké v obtížných chvílích. Komunikace je tedy klíčovým nástrojem k zajištění toho, že péče je přizpůsobena individuálním potřebám každého pacienta a že pacienti a jejich rodiny cítí podporu a porozumění (Sláma, O., & Vafková, T., 2020).

2.5 Klient paliativní péče z pohledu psychologie

Když je pacientům v paliativní péči sdělena závažná zpráva, prožívají širokou škálu emocí. Zdravotníci musí být schopni tyto emoce rozpoznat a adekvátně na ně reagovat, aby poskytli co nejlepší podporu. Zde jsou některé klíčové emoce, které mohou pacienti prožívat, a jak na ně zdravotníci mohou reagovat:

Klíčové emoce:

1. **Šok a nevěřícnost:**

- Pacienti mohou být zaskočeni a nemusí hned chápat závažnost situace. Šok může způsobit dočasné "otupění" emocí a obtížnosti v přijímání informací.

- **Reakce zdravotníků:** Poskytnout čas na zpracování informace, nabídnout opakované vysvětlení a být trpělivý. Ujistit se, že pacient má čas na kladení otázek (Baile et al., 2000).

2. **Strach a úzkost:**

- Informace o vážné diagnóze často vyvolává strach z neznáma a úzkost ohledně budoucnosti.

- **Reakce zdravotníků:** Používat empatické naslouchání, poskytnout emocionální podporu a ujistit pacienta o kontinuální péči a podpoře. Pomoci pacientovi vypracovat plán dalšího postupu (Wallace et al., 2016).

3. **Smutek a zoufalství:**

- Pacienti mohou prožívat hluboký smutek kvůli ztrátě naděje na uzdravení nebo kvůli blížícímu se konci života.

- **Reakce zdravotníků:** Validovat pocity pacienta, projevit empatii a podporu. Poskytnout prostor pro vyjádření emocí a nabídnout pomoc při hledání způsobů, jak se s těmito emocemi vyrovnat (Renz et al., 2005).

4. **Hněv a frustrace:**

- Někteří pacienti mohou reagovat hněvem nebo frustrací, ať už vůči sobě, zdravotníkům nebo situaci samotné.

- **Reakce zdravotníků:** Udržet klid, nevzít hněv osobně a nabídnout prostor pro vyjádření těchto emocí. Poskytnout podporu a ujištění, že hněv je přirozenou reakcí na těžkou situaci (Mishelmovich et al., 2016).

Podle Elisabeth Kübler-Rossové prochází krize pěti fázemi, a to:

1. vztek – „Kdo za to může?“
 2. popření – „To není možné!“
 3. smlouvání – „Třeba to nebude pravda.“
 4. deprese – „Je to pravda, je to smutné.“
 5. smíření – „Musím se s tím naučit žít.“
- (KÜBLER-ROSS, 2015).

Po zmapování emocí, které pacienti v paliativní péči prožívají, je důležité podívat se na širší kontext duševního zdraví, konkrétně na krizi a duševní krizi, které mohou tyto emoce doprovázet nebo vyvolat. Pochopení těchto krizí a způsobů, jak na ně reagovat, je klíčové pro poskytování komplexní a účinné péče.

KRIZE A DUŠEVNÍ KRIZE

Jan Vymětal, jak je citováno v Růžička 2021, se podrobně zabývá pojmem krize a duševní krize, zkoumá jejich historické kořeny a současné využití v různých kontextech. Věnuje se teoretickým aspektům krizí i jejich praktickým dopadům na jednotlivce a společnost. Vymětal zdůrazňuje důležitost psychologické pomoci a odborné intervence při řešení duševních krizí a klade důraz na potřebu komplexního přístupu, který zahrnuje jak odborné, tak lidské kvality poskytovatelů pomoci. Jeho práce, jak cituje Růžička, slouží jako cenný zdroj informací a návodů pro profesionály v oblasti psychologické a krizové intervence.

Pojem krize má své kořeny v řeckém slově „krinó“, které znamená vybírat, oddělit nebo volit, a „krisis“, které znamená rozhodnutí nebo soud. V antickém dramatu představovala krize vyvrcholení děje, po kterém následovala peripetie a rozuzlení. V současnosti se slovo krize používá v různých kontextech, včetně medicínských, politických, finančních a sociálních. Krize mají společný prvek, a to vyvolávání nejistoty, obav a strachu. Psychologicky lze duševní krize chápat jako neschopnost člověka čelit nepříznivým vlivům, což vede ke snížení citlivosti k zátěži a rozšiřování sítě pomoci.

Duševní krize nastává, když člověk narazí na překážku, kterou není schopen sám nebo za pomoci blízkých překonat v přijatelném čase. To vede k narušení duševní rovnováhy a vzniku syndromu psychického ohrožení. Tento stav může způsobit psychické a psychosomatické reakce, jako jsou úzkost, deprese, únava a zdravotní problémy. Duševní krize zhoršuje kvalitu života, což je zvláště závažné v případě chronických krizí (Růžička, 2021).

2.6 Psychologická pomoc

Navázání na výše uvedenou problematiku krize a duševní krize nás přivádí k dalšímu důležitému tématu, a to je psychologická pomoc v paliativní péči. Psychologická podpora hraje klíčovou roli v zajištění kvalitní péče o pacienty a jejich rodiny v těchto náročných situacích. Psychologická pomoc zahrnuje několik klíčových oblastí.

Jan Vymětal charakterizuje pomoc lidem prožívajícím psychotraumatizaci nebo duševní krizi jako proces, který se opírá o psychologické znalosti a dovednosti, zejména v oblasti komunikace a mezilidských vztahů. Úspěšnost této pomoci závisí na ochotě a motivaci potřebných přijmout pomoc, a také na kompetenci a osobní zralosti poskytovatelů pomoci. Když je pomoc naléhavě potřebná, lidé obvykle aktivně vyhledávají podporu. Kompetence poskytovatelů zahrnuje specifické vzdělání psychologů, lékařů, sociálních pracovníků a duchovních, ale také lidské vlastnosti jako empatie a osobní zkušenost. Dovednosti pro krizovou intervenci se získávají v kurzech trvajících několik stovek hodin. Každá profese přináší specifické znalosti: psychologové se soustředí na mezilidské vztahy, lékaři na psychofarmakologii, sociální pracovníci na síť sociálních služeb a duchovní na otázky smyslu života.

Optimální pomoc závisí na odborné a lidské autoritě poskytovatele a důvěře klienta v tuto pomoc. Klienti potřebují cítit bezpečí a mít možnost se dočasně spolehnout na pomoc druhých. Přírozená autorita poskytovatele, projevující se jistým a klidným chováním, podporuje důvěru a účinné působení. Důvěra v poskytovatele znamená, že klient vnímá druhého jako spolehlivého a kompetentního pomocníka, což přináší naději na zlepšení situace, i když je změna k lepšímu méně pravděpodobná (Vymětal, jak je citováno v Růžička, 2021).

Psychologická pomoc zahrnuje podporu zaměřenou na zvládnání emocionálních, duševních a behaviorálních problémů prostřednictvím různých terapeutických technik a intervencí. Tato pomoc využívá odborné znalosti a dovednosti psychologů, kteří poskytují poradenství, terapii a podporu v rámci terapeutického vztahu. Cílem je zlepšit duševní zdraví a pohodu jednotlivce, pomoci mu lépe porozumět sobě a svým problémům a rozvinout efektivní strategie pro zvládnání stresu a obtížných situací (American Psychological Association, n.d.; ScienceDirect, 2021).

2.7 Krizová intervence

Krize je často hlavním důvodem pro vyhledání psychiatrické péče. Během krizového období se zvyšuje jak nemocnost, tak úmrtnost. Psychiatři často diagnostikují poruchu přizpůsobení, což je nejčastější diagnóza v krizových centrech. Podle MKN-10 jsou poruchy přizpůsobení spojeny s významnými životními změnami nebo stresovými událostmi a projevují se úzkostí, emočními poruchami a narušením sociálního fungování a výkonu. Typické příznaky

zahrnují depresivní náladu, úzkost, obavy, poruchy chování a u adolescentů také výbuchy násilí. U dospělých tyto příznaky obvykle odezní do šesti měsíců, ale u třetiny pacientů mohou přetrvávat déle než rok. I když epidemiologické studie poruch přizpůsobení nejsou k dispozici, je známo, že postižení lidé často vyhledávají zdravotnickou péči, přičemž ženy dvakrát častěji než muži. U adolescentů je častou komplikací sebevražedný pokus. Krizová intervence zahrnuje terapeutické vedení klienta v krizi, především prostřednictvím krátkodobé psychoterapie.

Ztráta blízkého člověka vyvolává silnou krizi, která zpochybňuje vlastní identitu jedince, jenž přestává rozumět sobě i svému světu. Během truchlení je nezbytné opustit společné já, které pozůstali vytvořili se zemřelým, a postupně nalézt a nově utvářet individuální já (Kastová, 2000). Tento proces je náročný a dlouhodobý, což by měl vědět jak truchlící jedinec, tak ten, kdo jej tímto obtížným obdobím provází. Abychom pozůstalému poskytli bezpečnou a účinnou podporu, musíme smrt vnímat jako přirozenou součást života a být si vědomi, jak hluboce nás ztráta ovlivňuje. Setkáváme se při tom se svými vlastními emocemi, které naznačují, do jaké míry jsme osobně zapojeni do procesu truchlení našich klientů a co potlačujeme (Vodáčková, 2014).

Po pochopení významu krizové intervence a jejího vlivu na zvládnání akutních duševních krizí v paliativní péči je důležité se zaměřit na další efektivní metody podpory. Jednou z klíčových strategií je rodinná konference, která umožňuje koordinaci péče a poskytuje strukturovanou podporu nejen pacientovi, ale i jeho blízkým. Komunikaci sociálního pracovníka v paliativní péči se budu věnovat v následujících kapitolách.

2.8 Komunikace v paliativní péči

Komunikace, jak ji definuje autor Petr Kořátko: Komunikace, pocházející z latinského "communicatio" (spojovat), zahrnuje v širokém smyslu jakýkoli přenos informací. Tento obecný popis zahrnuje pojmy jako zdroj, příjemce, komunikační kanál, kód a šumy. Přenos informací sám o sobě však nevytváří vztah mezi mluvčím a adresátem, což je podstatným rysem komunikace ve specifickém smyslu. V tomto vztahu mluvčí (M) komunikuje s adresátem (A) s určitými záměry, známými jako komunikativní intence. I když jsou tyto intence jasné, může mluvčí sledovat i jiné záměry, které nejsou zjevné.

Griceova analýza významu promluvy z perspektivy mluvčího (M) definuje komunikativní intence jako soubor tří záměrů: I1 – vyvolat u adresáta (A) určitou reakci, I2 – aby A rozpoznal I1, a I3 – aby I1 byla naplněna na základě rozpoznání I2. Tato definice však nedostačuje k úplnému pochopení transparentnosti komunikace, a její rozšíření by vedlo k nekonečné hierarchii intencí, což přesahuje psychologickou realitu. Griceovo pojetí tedy chápe komunikativní postoj jako ideální cíl, k němuž se reálná komunikace přibližuje. Alternativním přístupem je považovat komunikativní postoj za institucionální pozici, dosaženou aktem, který má ve společnosti určitý význam podle společenských pravidel, jako je tvrzení, slib či rozkaz. Takový akt definuje institucionální důsledky pro mluvčího (M) i adresáta (A). Transparentnost komunikativního aktu spočívá v tom, že staví účastníky do veřejných pozic.

"Příroda nám dala jeden jazyk a dvě uši, abychom slyšeli dvakrát tolik, než mluvíme."

– Epiktétos

Způsob, jakým komunikujeme s klienty a jejich rodinami, má zásadní vliv na jejich porozumění situaci a zvládání závažného onemocnění. Komunikační dovednosti lze rozvíjet a zdokonalovat. Když sdělujeme „špatné zprávy“, je klíčové vědomě pracovat s emocemi klienta a jeho blízkých, protože správná komunikace může zmírnit jejich stres a poskytnout jim podporu v náročných chvílích.

Efektivní komunikace, jak verbální, tak neverbální, je zásadním nástrojem v práci sociálních pracovníků. Tyto dovednosti jsou klíčové pro profesionální praxi a jejich zdokonalování je často cílem vzdělávacích iniciativ. Zdravotníci a sociální pracovníci mohou rozvíjet své komunikační schopnosti, což je nezbytné pro úspěšnou práci v oblasti paliativní péče (Masarykova univerzita, 2019). Podle Wittenberga a kol. (2015) a Hurda a Curtise (2016) má komunikace v paliativní péči několik klíčových cílů, včetně informování a edukace, poskytování podpory a empatie, asistence při rozhodování a koordinace péče. Pro dosažení těchto cílů se používají různé nástroje, jako je SPIKES protokol, empatické naslouchání, otevřené otázky a reflektivní odpovědi Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., Ragan, S. L., & Glajchen, M. (2015).

V kontextu paliativní péče je jednou z největších výzev komunikace mezi lékaři a pacienty. Zvláště v případech pokročilého onemocnění je klíčové, aby pacienti i jejich rodiny měli jasnou představu o stavu nemoci a možnostech léčby. Bohužel, jak ukazuje následující článek, realita často bývá odlišná. Článek ilustruje začarovaný kruh očekávání mezi pacienty a

lékaři, který vede k tomu, že mnozí pacienti nejsou plně informováni o svém zdravotním stavu a prognóze. Tato situace má hluboký dopad nejen na samotné pacienty, ale i na jejich blízké. Níže uvedený text z webu paliativa.cz podrobněji rozebírá tuto problematiku a přináší cenné poznatky z praxe.

„Je to začarovaný kruh. Většina lidí očekává, že kdyby jim bylo něco závažného, rozhovor o diagnóze a prognóze začne lékař – a většina lékařů naopak očekává, že kdyby jejich pacient chtěl znát informace o povaze a závažnosti svého onemocnění, bude se aktivně ptát.

Zdokumentovaným faktem je, že většina pacientů s pokročilým onemocněním v závěrečném roce svého života vůbec netuší, že jejich život se uzavírá, a někteří dokonce ani neví, že jejich nemoc je nevyléčitelná. Studie Oddicus, kterou provedli lékaři ve Všeobecné fakultní nemocnici ukázala, že naprostá většina úmrtí, ke kterým v nemocnici došlo, personál očekával. Téměř nikdy na to ale nebyl připraven ani pacient, ani jeho blízcí. Tento neveselý fakt potvrzuje i zkušenost lékařů v oblasti paliativní medicíny – velká část pacientů, kteří v posledních třiceti dnech svého života chodí na ozařování nebo chemoterapii, se od svého onkologa nedozví, že léčba už nemůže nemoc zastavit, a dostávají ji často proto, aby se nemoc o několik dní, možná týdnů, zpomalila. Tyto dny nebo týdny navíc ale často tráví v čekárnách nemocnice místo se svými blízkými.

Smrt blízkého pak přichází jako náraz do zdi: nečekaná emocionálně náročná situace zastihne rodinu zcela nepřipravenou i na praktické věci: co s hypotékou, půjčkou, nájemní smlouvou, bankovními účty, autem.

Někomu může živení naděje spojené s prodlužováním života za každou cenu vyhovovat, jiný by se ale chtěl zařídit po svém a mít na výběr. Pokud patříte do té druhé skupiny, nezbyde vám než se všemi lékaři otevřeně mluvit o tom, že chcete pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Ptejte se konkrétně a otevřeně a ptejte se vždy hned, nečekejte že třeba bude při příští kontrole vhodnější příležitost“ (paliativa.cz, n.d.).

Individuální přístup

Patří k základním požadavkům úspěšné komunikace. Jde o přizpůsobení našeho jednání specifickým zvláštnostem pacienta. To, co se může zdát jednomu pacientovi jako nepřijatelné, je pro druhého samozřejmostí. Slova, která používáme při hovoru s jedním klientem, se mohou druhého dotknout nebo vyvolat negativní reakci. Neustále je nutné zdůrazňovat potřebu

citlivého a taktního přístupu. Je podstatné zjistit všechno, co by mohlo daného pacienta nepříznivě ovlivnit a co by mu naopak mohlo pomoci.

Úcta k pacientovi

Znamená vážit si ho jako člověka vždy a za všech okolností, respektovat ho jako osobnost a ponechat mu určitou autonomii. Pacient může mít jiný názor než má zdravotník, může mít svou vlastní představu a postoj bez obav, že si ho přestaneme vážit.

Pozitivní vztah k pacientovi

Vyvíjí se v průběhu vzájemné interakce. Vše, co sestra udělá nebo neudělá, má svůj psychologický vliv na pacienta. Postoj sestry k nemocnému se projeví nejen v řeči, v každém jejím slově, ale i ve výrazu tváře, pohledu či pohybech těla. V obecné rovině můžeme říci, že sestra verbálně i neverbálně odráží postoj k pacientovi, i když by ho chtěla zakrýt.

Empatie

Znamená schopnost cítění se do toho, co pacient právě prožívá, jaký má vztah k nemoci, jak hodnotí svět a sebe v něm. Jde zde o setkání dvou subjektů, a to světa pacienta a světa sestry.

V profesionálním chování zdravotnických pracovníků má významné místo schopnost navazovat a udržovat s pacientem slovní kontakt. Slova představují značnou část sociální komunikace. Mají velkou cenu a informační hodnotu v komunikaci ve vztahu sestra-pacient, pacient-sestra. Prostřednictvím slov sestra vysvětluje, získává, přesvědčuje, motivuje, povzbuzuje nebo informuje pacienta o účelnosti odborných postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví. Se slovy musíme pracovat obratně, volit je uváženě, uvědoměle a často i cíleně. Při jejich vyřčení je nemůžeme vzít zpět ani je vymazat.

Každé slovo je originál, který musí být funkčně použit ve vztahu k osobnosti pacienta, k jeho individuálním zvláštnostem, ke zdravotnímu stavu pacienta v různých situacích. Slova mají obrovskou sílu a moc. Mohou člověka potěšit, povzbudit, ale mohou mu i ublížit. Zdravotnický pracovník, zejména sestra, která je s nemocným v bezprostředním kontaktu,

může využívat v každodenní činnosti sílu slova. Citlivé, uvážlivé využití slova může navodit pocit důvěry, klidu a mnohdy pomoci při těžkém rozhodování pacienta. Nevhodná, nesprávná a neuvážená slova se mohou odrazit nejen na psychickém stavu pacienta, ale dále ovlivňovat bio-psycho-sociální jednotu organismu.

Nemocný žije ve stavu citové ambivalence, střetávají se v něm pocity naděje a důvěry s pocity strachu a nejistoty. Zájem, pochopení, porozumění a podpora ze strany sestry mohou pacientovi ulehčit zvládání pro něj nové, náročné situace, překonávání krizových okamžiků života a negativních pocitů. „*Podmínkou léčebné síly slova je vzájemná důvěra*“ (Křivohlaví, 2002, s. 64).

Chceme-li, aby komunikace mezi sestrou a pacientem byla efektivní a přinesla to, co od ní očekáváme, musíme sledovat řadu prvků, které se na úspěšnosti podílejí (Venglářová, 2006, s. 21-22). Jedná se o *rychlost řeči*, která je úměrná znalosti tématu. Může zakrývat nejistotu, potřebu mít hovor rychle za sebou nebo obavu z toho, abychom pacienta nechali domluvit. *Hlasitost* je rozdílná podle povahy sdělení. Nemocný ztiší hlas při hovoru na intimní či nepříjemné téma, při obavách a nejistotě. *Pomlky* nebo úplné přerušování hovoru mohou mít různé příčiny. Sestra může dávat pacientovi prostor pro přemýšlení, odpočinek. Mlčet nutně neznamená, že není co říci. Pacient se zastaví, pokud se blíží nepříjemná témata, neví, jak se dobře vyjádřit, zvažuje, zda se vůbec do rozhovoru pustit. *Výška hlasu* bývá odrazem emocí, pokud jsme ve stresu, bojíme se, máme-li velkou radost, projeví se to na výšce hlasu. Při edukaci pacientů, kdy velmi záleží na srozumitelnosti projevů, působí značně rušivě přítomnost embolických slov. Rovnocennost partnerů v *délce projevu* určuje prostor, který má každý k dispozici. Při vzájemné komunikaci pozorujeme reakce, neklid, nervozitu, známky nudy, věnujeme pozornost všem signálům u pacientů. Někdy nás nechají mluvit z úcty nebo obavy, i když už nejsou naladěni na poslouchání a rádi by také něco řekli nebo odešli pryč. Význam sdělení podtrhuje *intonace*. Může být pomocníkem při zdůraznění významu, pochopení naléhavosti. Mění význam sdělovaného. Druhou stránkou verbálního projevu je, že si sestra musí uvědomit, jakým způsobem s pacientem komunikuje. Musí hledat odpovědi na otázky, *zda jí pacient rozuměl, do jaké míry informace zpracoval a pochopil*. Kritéria úspěšné verbální komunikace jsou spjata s požadavky na mluvený projev sestry. *Jednoduchost* řečeného projevu znamená používání krátkých, stručných a jasných vět. Sestra by měla podávat informace o názorech, vysvětlovat nejasné pojmy, dodržovat pauzy v řeči. V závěru by si měla ověřit, zda pacient sdělovanému porozuměl. Rozčleněný slovní projev by měl mít logický sled, návaznost a *přehlednost* informací. *Stručnost* působí profesionálně. Sestra by měla hovořit k věci,

soustředit se na podstatné informace a vynechat ty, které jsou pro pacienta nedůležité. Po stručném sdělení je nutné nechat prostor pro dotazy. Stručnost by neměla být na úkor srozumitelnosti a neměla by být zaměňována se strohostí či neochotou mluvit.

Při komunikaci s pacientem je nutné vyjádřit podstatu věci zřetelně. Svoji roli zde sehrávají i neverbální projevy. Pozor na dvojsmyslná sdělení (odchod – úmrtí) nebo osobní názory („to vám bude chutnat“).

Načasovanost by sestra měla zohlednit, zvláště u závažných témat. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor, dostatek času. Sestra by neměla pokračovat v rozhovoru dříve, dokud pacient nezareaguje nebo neodpoví. Požadavek načasovanosti předpokládá i to, že se k pacientovi informace dostanou včas.

Důvěryhodnost je spolehlivost informací. Vzniká jako odpověď pacienta na důvěryhodné chování sestry. Aby se sestra stala důvěryhodnou, musí být seznámena s daným problémem a musí mít přesné informace.

Adaptabilita je nezbytným prvkem řečového projevu. Přizpůsobivost představuje schopnost pozměňovat podávané informace v závislosti na tom, jak reaguje pacient. Nálada a chování se mohou u nemocného změnit v průběhu několika minut, hodin nebo dnů. Sestra by se měla vyhýbat rutinnímu nebo automatickému projevu a měla by sledovat odpovědi nemocného včetně neverbálních projevů. Pokud sdělení pacienta rozruší, měla by mu poskytnout čas na vstřebání. V neposlední řadě mezi významná kritéria úspěšné komunikace patří i **oboustrannost** dialogu. Znamená to, že by se cyklicky měla měnit role hovořícího a poslouchajícího. Jen tak se vzájemná komunikace stane účinnou a vztah mezi sestrou a pacientem plnohodnotným (Gulášová, 2000, s. 139).

Sestra je součástí komunikace, i když je „pouze“ přítomná rozhovoru s lékařem nebo roznáší léky a pacienti si povídají. Z profesního hlediska je u verbální komunikace podstatná aktivita a osvojení si speciálních verbálních dovedností. Pacient a zdravotník jsou ve vzájemném vztahu a komunikace je druhem péče.

K tomu, aby komunikace byla úspěšná, by sestra i pacient měli zvládnout **několik základních pravidel**.

Komunikovat neznámá jenom hovořit. Při správně vedené komunikaci s pacientem by sestra měla:

- Vědět, co chce říci.
- Vybrat vhodné místo.
- Rozhodnout se, kdy a jak informaci poskytnout.
- Myslet na skutečnost, že informace jasná pro zdravotníka nemusí být jasná pro pacienta.
- Hovořit zřetelně a srozumitelně.
- Zvolit přiměřené tempo řeči a tón hlasu.
- Sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, všímat si projevů strachu, úzkosti, hněvu, zmatku.
- Brát v úvahu pocity pacienta.
- Udržovat podle možností oční kontakt.
- Kontrolovat své neverbální projevy a emoce.
- Umožnit pacientovi, aby se mohl v dostatečné míře vyjádřit.
- Nedráždit pacienta svým chováním.
- Kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil.

V ošetrovatelské praxi se nejčastěji setkáváme s nedostatky, které si sestra většinou neuvědomuje:

- Tvoří příliš dlouhé věty – vše by chtěla říci rychle a najednou.
- Používá odborná, moderní slova – některým nemusí ani sama rozumět, neumí je vysvětlit.
- Klade především uzavřené otázky, očekávajíc od pacienta jasnou odpověď (např. „ano, ne“).
- Hovoří příliš rychle, bez přestávek, prosazuje hlavně sebe, zdůrazňuje svůj podíl na ošetrovatelské péči (např. „já zajistím, já zavolám, já podám“).
- Vyhýbá se očnímu kontaktu při verbální komunikaci.
- Nadměrně ubezpečuje o uzdravení.

- Komunikuje bezobsažně – to vyvolává dojem, že sestra pacienta neposlouchá, nerozumí mu (např. „to bude určitě dobře“, „vy si toho ještě v životě užijete“).

Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě člověka. Pokud je splněna základní podmínka, a to je chtít, pak se může jen zdokonalit. Při komunikaci pomáhá sestra rozšířit pacientovi sociální kompetence. Nemoc, odloučení od rodiny, vytržení z pracovního procesu – to vše může mít za následek zhoršení jeho komunikačních dovedností. Zde je velký prostor pro práci sestry na rozvoj komunikačních dovedností nemocného (Zacharová, 2016).

2.8.1 Komunikační a psychologické aspekty

Komunikační a psychologické aspekty paliativní péče jsou klíčové pro zajištění kvalitní péče. Efektivní komunikace mezi zdravotníky, pacienty a jejich rodinami může významně ovlivnit celkový zážitek a spokojenost s péčí. Zdravotníci by měli být schopni empaticky naslouchat, poskytovat jasné a srozumitelné informace a podporovat pacienty a jejich rodiny v těžkých chvílích.

Paliativní péče je komplexní disciplína, která vyžaduje integraci medicínských, právních, etických a komunikačních a psychologických aspektů. Každá z těchto složek hraje klíčovou roli v poskytování péče, která je zaměřena na potřeby a přání pacientů, a přispívá k jejich celkové pohodě a důstojnému prožití posledních fází života. Budoucí výzkum a praxe by měly pokračovat ve zlepšování těchto aspektů, aby paliativní péče byla co nejúčinnější a nejcitlivější k potřebám pacientů a jejich rodin (Cambridge University Press, 2021).

Jedno z přístupů k rozhovoru s těžce nemocným pacientem doporučuje, že pokud je stále účinná kauzální terapie, měl by být rozhovor zaměřen na zvládnutí náročné situace a na posílení důvěry pacienta v lékařovu pomoc. Je velmi důležité, aby pacient věřil, že lékař bude pokračovat v poskytování pomoci, bude mírnit jeho bolesti, nebude lhostejný k jeho utrpení a že jej nenechá samotného – že jej bude podporovat a provázet bez ohledu na další vývoj situace (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Posilování důvěry pacienta v lékařovu pomoc a zajištění jeho pocitu podpory a doprovodu je nezbytným krokem při zvládnání těžkých situací. Dalším klíčovým aspektem efektivní komunikace a péče je empatie, která hraje zásadní roli v tom, jak zdravotníci interagují s pacienty a jejich rodinami.

2.8.2 Rodinná setkání, rodinné konference

Rodinná setkání či rodinné konference lze považovat za jeden ze základních nástrojů specializované paliativní péče v nemocničním i hospicovém prostředí. Ačkoliv lékaři a sestry s blízkými svých pacientů běžně komunikují, rodinné setkání v našem smyslu je specifické. Jeho účelem není jen předat pacientovi a rodině informace o aktuálním stavu nemocného, léčebných možnostech a předpokládaném dalším vývoji, ale také zjistit porozumění situaci, obavy a přání pacienta a rodiny, a zapojit je do rozhodování a plánování péče (Paliativní medicína, 2022).

Na závěr této kapitoly bych ráda přidala následující úvahu, která jí vystihuje: „*Jde o to, kým je člověk, který umírá. Jaké jsou jeho vlastnosti osobnosti, jeho charakteru... jakou stopu za sebou zanechává, do jaké míry si to při balancování svého života uvědomuje a do jaké míry si to uvědomují ti, jejichž život je spojen s jeho existencí.*“ (KAPR, Jaroslav a MÜLLER, Čestmír, 1986).

3. Sociální pracovník

"Moudrý člověk nebude jen usilovat o vlastní dobro, ale také o dobro druhých, protože naše dobro je spojeno s dobrem druhých." - Marcus Aurelius

Podle Sbírky zákonů České republiky musí jednotlivec, který chce vykonávat povolání „sociální pracovník“, splňovat podmínky stanovené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 110. Sociální pracovník musí být právně způsobilý, bezúhonný, zdravotně způsobilý a mít požadované vzdělání. Pokud sociální pracovník pracuje ve zdravotnickém zařízení, není nutné mít zdravotnické vzdělání nebo pečovatelský kurz, pokud splňuje vzdělávací požadavky uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb (Zákony pro lidi, n.d., § 110).

Naše moderní společnost klade důraz především na výkon a efektivitu. V takovém prostředí, kde je hodnota člověka často měřena jeho produktivitou, se ztrácí prostor pro smysluplnost, utrpení, bolest a umírání. Přesto je však právo každého jedince na důstojnou smrt základem etických principů. V těžkých chvílích potřebuje člověk cítit lásku a úctu od svých blízkých, ale také podporu a doprovod někoho, kdo ho tímto obdobím provede. Hlavní náplní

a posláním sociální práce v paliativní a hospicové péči je právě poskytování této podpory a pomoci. Sociální práce v tomto kontextu funguje jako metoda sociální pomoci (Laca, 2013).

3.1 Etické zásady v sociální práci

Sociální práce je profesí, která podporuje sociální změny, rozvoj a řešení problémů v mezilidských vztazích, přičemž klade důraz na sociální spravedlnost a lidská práva. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky, vycházející z Všeobecné deklarace lidských práv a dalších významných dokumentů, stanovuje základní etické principy a povinnosti sociálních pracovníků (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky, n.d.).

Sociální pracovníci jsou povinni vykonávat svou profesi svědomitě a zodpovědně, respektovat lidská práva a pracovat na zlepšení sociálních podmínek. Kodex zdůrazňuje důležitost multidisciplinární spolupráce a udržování vysokých standardů profesionality.

Hodnoty sociální práce zahrnují respekt k lidské důstojnosti, zajištění rovného přístupu k informacím a zdrojům, a podporu sociální rovnosti. Sociální pracovníci by měli pracovat na odstranění diskriminace a sociálního vyloučení a podporovat klienty v jejich rozhodování a autonomii.

Etická zodpovědnost sociálního pracovníka zahrnuje ochranu důstojnosti a práv klienta, respektování jeho soukromí a podporu jeho schopnosti řešit životní situace. Pracovníci by měli také plnit své povinnosti vůči zaměstnavateli, kolegům, profesi a společnosti jako celku, přičemž prvořadá je vždy zodpovědnost vůči klientovi (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky, n.d.).

Kodex dále zdůrazňuje důležitost celoživotního vzdělávání a profesionálního růstu sociálních pracovníků, stejně jako nutnost respektování etických zásad i mimo pracovní prostředí. Dodržování kodexu je klíčové pro udržení důvěryhodnosti a profesionality sociální práce ve společnosti.

Celkově kodex poskytuje rámec pro etické chování a rozhodování sociálních pracovníků, podporuje profesní růst a zajišťuje ochranu a podporu klientů v nepříznivých sociálních situacích (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky, n.d.).

3.2 Osobnost sociálního pracovníka

Nároky na osobnost sociálního pracovníka jsou vysoké, jako i předpoklad klienta (Laca, 2019). Levická (2004) se věnuje požadavkům na osobnost sociálního pracovníka a uvádí atributy jako jsou zralost, humánnost, laskavost, sebejistota, psychická odolnost a zájem o individuální problémy a osudy lidí. Pojem zralá osobnost je abstraktní a vyžaduje bližší vysvětlení. Říčan (2004) poznamenává, že koncept osobního růstu nebo zrání osobnosti se objevil v biodromální psychologii nezávisle na přírodních vědách. Tento koncept je často volně interpretován jako moudrost, nesobeckost, vyspělá hodnotová orientace, kulturnost a schopnost zvládat zklamání a bolest. Mnoho odborníků se shoduje, že člověk by měl růst a zrát po celý svůj život (Říčan, 2004).

3.3 Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu v paliativní péči

Sociální pracovník je nezbytným členem multidisciplinárního týmu paliativní péče, jehož dalšími členy jsou lékaři, zdravotní sestry, psychologové či psychoterapeuti a duchovní. Jeho role je komplexní a zahrnuje širokou škálu úkolů, které jsou zaměřeny na podporu pacientů a jejich rodin v psychologických, emocionálních, sociálních a praktických oblastech (Hughes, Firth, & Oliviere, 2015).

Role sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči zahrnuje několik klíčových činností. Klienti jsou přijímáni na základě písemné žádosti potvrzené lékařem, jako je praktický lékař, ošetřující lékař při hospitalizaci nebo jiný odborný lékař. V případě domácí hospicové péče navštěvuje lékař a sociální pracovník klienta v jeho domácím prostředí, kde sociální pracovník provádí vstupní sociální šetření a lékař nastaví paliativní léčbu. Klient je informován o možnostech, limitech, právech a dostupných službách, a je sestaven plán péče zahrnující frekvenci a rozsah návštěv. Veškeré návštěvy a konzultace, včetně telefonických, jsou zaznamenávány do dokumentace, kterou sociální pracovník společně s klientem sestaví. Sociální pracovník také organizuje a vede multidisciplinární tým, který se schází jednou týdně k diskusím o péči. Kromě zdravotní a sociální péče mohou klienti potřebovat i edukační, psychologickou a duchovní podporu. Pokud sociální pracovník zjistí, že některé potřeby klienta přesahují jeho kompetence, obrátí se na další členy týmu. Sociální pracovník se také podílí na

péči o pozůstalé, organizuje setkání pro pozůstalé a poskytuje jim potřebné informace a podporu (SocialniPrace.cz, n.d.).

V rámci pobytové hospicové péče sociální pracovník přijímá a předkládá žádosti k projednání, a také jedná s klientem a jeho rodinou. Pokud je žádost zamítnuta, poskytuje poradenství. Při přijetí klienta připravuje smlouvu o péči a pomáhá s vyřizováním dávek, důchodů a korespondence. Zajišťuje kontakty s notářem, úřady a majiteli bytů. Přípravuje podklady pro pravidelná hlášení týmu pečovatелů a poskytuje podporu rodině, včetně krizové intervence a řešení konfliktů mezi klientem a rodinou. Někdy dohledává příbuzné, které chce klient vidět před smrtí, a zprostředkovává kontakt s duchovními. Pokud je klient přeložen do jiného zařízení, vyjednává tento přesun. Po úmrtí klienta se účastní vystavení úmrtního listu a vyřizování pozůstalosti, jedná s OSPODem o péči o nezletilé děti a organizuje poslední rozloučení v hospici. Dále vyřizuje ukončení výplaty dávek, poskytuje poradenství a podporu rodině, řeší nedoplatky za péči a odesílá zprávy lékařům. Organizuje setkání pozůstalých dvakrát ročně (SocialniPrace.cz, n.d.).

Pracovní skupina Evropské asociace paliativní péče (EAPC) pro sociální práci v oblasti paliativní péče identifikovala deset klíčových kompetencí nezbytných pro výkon této profese. Tyto kompetence zahrnují:

- Hodnocení potřeb pacientů a rodin: Sociální pracovníci musí být schopni efektivně hodnotit potřeby pacientů a jejich rodin a poskytovat odpovídající podporu.
- Poskytování emocionální a psychologické podpory: Zajištění emocionální a psychologické podpory pacientům a jejich rodinám je klíčovým aspektem této práce.
- Koordinace péče: Sociální pracovníci musí být schopni koordinovat péči mezi různými poskytovateli služeb, aby zajistili kontinuitu a kvalitu péče.
- Podpora při rozhodování: Pomoc pacientům a jejich rodinám při rozhodování o péči a léčbě je důležitou součástí jejich role.
- Poradenství v oblasti práv a zdrojů: Sociální pracovníci poskytují poradenství ohledně práv pacientů a dostupných zdrojů.
- Komunikace a mezilidské dovednosti: Efektivní komunikace a schopnost budovat důvěryhodné vztahy jsou nezbytné.
- Znalost etiky a legislativy: Sociální pracovníci musí být obeznámeni s etickými normami a legislativou, která se týká jejich práce.

- Multidisciplinární spolupráce: Schopnost pracovat v týmu s dalšími zdravotnickými a sociálními pracovníky je klíčová pro poskytování komplexní péče.
- Vzdělávání a odborný rozvoj: Sociální pracovníci by měli průběžně rozvíjet své odborné dovednosti a znalosti.
- Podpora v krizových situacích: Sociální pracovníci musí být schopni poskytnout podporu v krizových situacích, jako jsou akutní fáze nemoci nebo úmrtí pacienta.
- Tyto kompetence jsou detailně popsány v bílé knize EAPC (Hughes, Firth, & Oliviere, 2015).

Celkově vzato, sociální práce v paliativní a hospicové péči představuje klíčovou disciplínu, která významně přispívá k zachování lidské důstojnosti a kvality života až do jeho konce. Tato práce není jen povoláním, ale skutečným posláním, které vyžaduje nejen hluboké odborné znalosti, ale také lidskou empatii a oddanost pomoci druhým. Sociální pracovníci se stávají průvodci v nejtěžších okamžicích života, poskytují oporu a vedení jak pacientům, tak jejich rodinám, čímž umožňují prožít zbývající čas co nejplnohodnotněji a nejdůstojněji.

Sociální pracovníci jsou nejen odborníky na zdravotní a sociální otázky, ale také na psychologické a emocionální aspekty péče. Jejich role zahrnuje koordinaci multidisciplinárních týmů, poskytování poradenství a podpory v krizových situacích, a zajišťování, aby byly naplněny všechny potřeby pacientů i jejich rodin. Tím, že pomáhají zmírnit bolest a utrpení, přinášejí klid a naději v nejtěžších chvílích.

Závěrem lze říci, že sociální práce v paliativní péči je nezbytná pro dosažení komplexní a empatické péče o nevléčitelně nemocné pacienty. Tato práce přináší hluboký smysl a hodnotu nejen pro pacienty a jejich rodiny, ale také pro celou společnost, která si uvědomuje důležitost lidské důstojnosti a podpory v nejkřehčích obdobích života.

4. Problematika umírání a smrti

Kapitola se zabývá historickými i současnými přístupy k umírání a smrti, přičemž zdůrazňuje, jak se tyto koncepty vyvíjely a jaký mají dopad na sociální práci v paliativní a hospicové péči.

Volandese Angela E. (2019) ve své knize Umění rozhovoru o konci života popisuje problematiku současnosti následovně: *"Medicína dokáže opravdové zázraky. Máme k dispozici diagnostické metody, které by předchozí generaci připadaly jako ze sci-fi filmu. Většinu orgánů dnes umíme transplantovat nebo jejich funkci nahradit či podpořit přístroji a zákroky, které v sobě kloubí nejmodernější technologie a špičkovou vědu. I díky tomuto rozvoji se za posledních 50 let prodloužila průměrná délka lidského života o třetinu a kolem roku 2060 by měla v západních zemích dosáhnout hranice 100 let. Platíme za to však patřičnou daň. Závěrečné fázi našeho prodlouženého života dnes většina lidí bojuje s chronickými nemocemi, jako je rakovina, demence nebo srdeční selhání. Tyto nemoci mají za následek postupné oslabení naší tělesné schránky až do stavu, kdy je závislost na technologické podpoře nezbytná pro další přežití, a to často s dramatickými následky pro kvalitu života. Člověk je tak postaven před důležitou volbu. Jak budou vypadat jeho poslední dny a měsíce na této zemi?"* (Volandes Angelo E., 2019).

Podle Etického kodexu České lékařské komory by lékař neměl usilovat o prodlužování života za každou cenu, když je smrt nevyhnutelná a blízká. Doporučení ČLK č. 1/2010 stanovuje, že léčba, při které rizika komplikací, strádání, útrapy a bolesti převyšují klinický přínos, je v rozporu s Chartou práv umírajících. Lékaři nejsou povinni zahajovat nebo pokračovat v marné a neúčelné léčbě. Prioritou je boj proti strádání a utrpení, s důrazem na zachování lidské důstojnosti. Pacienti by měli být chráněni před krutými bolestmi, i když to zahrnuje podávání vysokých dávek tišících prostředků s rizikem úmrtí, avšak nikoli s cílem způsobit smrt (Česká lékařská komora, 2010).

Toto téma je také úzce spjato s klíčovými otázkami v současné bioetice, která se zabývá problematikou medicíny a nakládání s lidským životem, zejména eutanazií.

4.1 Eutanazie

Nizozemsko je považováno za zemi s nejmírnějším přístupem k eutanazii, avšak jak Haškovcová (2015) a Nezbeda (2016) uvádějí, ani zde není eutanazie beztravná, pokud lékař

poruší stanovená pravidla, hrozí mu až dvanáct let vězení. Belgii, kde je eutanazie legální i pro děti od roku 2013, se řadí mezi nejliberálnější země. Lucembursko a Švýcarsko jsou často cíli pro tzv. suicidální turismus. Nezbeda (2016) popisuje, jak precedentní případy utrpení a mediální pokrytí vedly ke změnám právních úprav v různých zemích.

V Nizozemsku může být eutanazie provedena za těchto podmínek:

- Nemocný musí svobodně a chtěně žádat.
- Žádost musí být nezvratná a dobře uvážená.
- Stav nemocného musí být nezvratný.
- Musí být využity jiné možnosti před eutanazií.
- Osoby mezi 16 a 18 rokem mohou žádat se souhlasem zákonného zástupce, mladší děti musí vyslovit souhlas a rodiče mají právo veta.
- Eutanazii provádí lékař po konzultaci s jiným lékařem (Haškovcová, 2015).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je eutanazie definována jako „čin, který má za cíl ukončit život pacienta na jeho žádost, s cílem zmírnit jeho utrpení“ (WHO, n.d.). Rozlišuje přitom aktivní eutanazii, kdy lékař přímo aplikuje smrtelnou dávku, a asistovanou sebevraždu, kdy lékař pouze poskytne smrtelnou dávku, ale tu si vezme sám ten, kdo chce svůj život ukončit. V Česku jsou zakázány obě formy eutanazie, nicméně veřejnost se k tomuto tématu staví různě.

Debata o eutanazii zahrnuje různé pohledy, od těch, kteří ji vnímají jako akt milosrdenství a respektování přání pacienta, až po ty, kteří se obávají jejího zneužití a etických dopadů na společnost. Jak společnost postupně mění své názory na smrt a umírání, mění se i legislativa a etické normy týkající se eutanazie. Tato dynamika odráží hlubokou lidskou potřebu kontrolovat nejen život, ale i způsob, jakým skončí.

4.2 Smrt

Smrt je fenomén, který od pradávna fascinuje a děsí lidstvo. Přestože je neoddelitelnou součástí života, její přesná definice a okamžik vzniku zůstávají předmětem diskusí a nejasností. Jak vysvětluje Rusinová, K. (2023), přednostka Kliniky paliativní medicíny 1. LF UK a VFN, „okamžik smrti je z biologického pohledu proces. Z právního a etického hlediska však smrt za

proces považovat nelze, a proto na základě celospolečenské dohody pracujeme se smrtí jako s okamžikem“ (Rusinová, 2023).

Určení okamžiku smrti se zakládá na jejím nevratném charakteru. Přestože máme k dispozici moderní diagnostické metody, není stále jednoznačně jasné, kdy přesně tento okamžik nastává. V případě mozkové smrti se teoreticky jedná o okamžik, kdy zaniká poslední reflex, což často souvisí se zástavou dechu. U pacientů napojených na umělou plicní ventilaci však tento okamžik není zachytitelný, protože ventilátor udržuje dýchání i po ztrátě spontánní dechové aktivity. Díky tomu lze technicky oddělit dva druhy smrti, ale fyziologicky jde o jeden související proces. Po mozkové smrti dochází k zástavě dechu, což vede k zástavě oběhu, nebo naopak, zástava oběhu vede k mozkové smrti během několika minut.

Stanovení okamžiku nevratnosti je ještě složitější u zástavy oběhu, protože se může srdeční činnost dočasně obnovit, což je jev zvaný autoresuscitace. Lékař musí být jistý, že smrt je nevratná. Doba potřebná k potvrzení nevratnosti zástavy oběhu se stanovuje empiricky, a v mnoha zemích je to pět minut, ačkoli některá transplantační centra akceptují různou dobu od dvou do dvaceti minut.

Výzkum DePPaRT sledoval proces umírání u pacientů na jednotkách intenzivní péče. Cílem bylo zmírnění utrpení a zachování důstojnosti konce života. Výsledky ukázaly, že autoresuscitace se vyskytuje ve 14 % případů, s nejdelším intervalem čtyři minuty a dvacet vteřin, přičemž nikdy nevedla k trvalému návratu do života. Bylo potvrzeno, že pětiminutový interval je adekvátní pro stanovení nevratnosti. Také se zjistilo, že elektrická aktivita srdce může přetrvávat i po mechanické zástavě, což ukazuje, že EKG není vhodné pro stanovení okamžiku smrti (Schmidt & Duška, 2022).

Víra v posmrtný život je jedním z hlavních rysů náboženství a společností. Pro křesťana, který věří, že smrtí vše nekončí, se tím mění celý životní postoj. Tento hluboký vztah k otázkám života a smrti přivádí naši pozornost k thanatologii, vědě, která se zabývá studiem umírání a smrti a péčí o umírající.

4.3 Thanatologie

Thanatologie, termín pocházející z řeckého slova "thanatos" znamenajícího smrt, je nauka zaměřená na péči o umírající. Tato péče zahrnuje nejen lékařské ošetření, ale také celkovou tělesnou a duchovní péči o umírající osoby a analýzu procesu jejich umírání. Pro

osoby bez náboženské útěchy je zvládnutí této péče náročné i pro samotné lékaře, kteří hrají klíčovou roli. Kromě lékařů by se na péči o důstojné umírání měli podílet také psychologové, sociální pracovníci a blízcí umírajícího. V moderní době dochází k institucionalizaci umírání, kdy se stále více lidí nachází v ústavech místo domova. Thanatologie má za cíl čelit odlidštěné medicíně a připravovat lékaře a ostatní na pomoc člověku v největší krizi jeho života. Umírání ovlivňuje jak umírajícího, tak i osoby kolem něj, zasahuje citovou a psychologickou oblast a může mít vážné sociální důsledky, jako je ztráta smyslu života a krize hodnot. (Sociologická encyklopedie, n.d.).

Kapitola podtrhuje důležitost zachování lidské důstojnosti během procesu umírání a zdůrazňuje potřebu komplexního přístupu k péči o umírající. Tento přístup by měl zahrnovat nejen medicínskou péči, ale také psychologickou a sociální podporu, což je zásadní pro udržení kvality života až do jeho konce.

4.4 Etika a umírání

Etické aspekty paliativní péče zahrnují respektování autonomie pacienta, důstojnosti a jeho práva na informované rozhodování. Etická dilemata mohou nastat při rozhodování o ukončení život udržujících procedur nebo při poskytování paliativní sedace. Zdravotníci musí balancovat mezi poskytováním doporučení a respektováním přání pacienta, což může být v některých případech velmi náročné (Medical, ethical, and legal aspects of end-of-life dilemmas, 2021).

4.5 Postoj k umírání v minulosti a současnosti

Laca (2013) uvádí, že otázky spojené s koncem lidského života zajímaly lidstvo od nepaměti. Již nejstarší společnosti se zabývaly otázkami dobré smrti a života po ní. S péčí o dobrou smrt souvisí také obavy o dobrý a úspěšný život, hledání smyslu života, spokojenosti a štěstí. Laca popisuje, že i když byly nemoci, tělesné utrpení, bolest, duševní postižení, smrt a umírání v určitém období vytlačeny z lidského zájmu, otázky týkající se života a smrti neztratily na své složitosti ani významu.

Moderní společnost se zaměřuje především na výkon, kde je hodnota člověka často spojována s jeho schopností produkovat. V takové společnosti není místo pro smysluplnost utrpení, bolest ani umírání. Základem etických principů je však právo každého člověka na důstojnou smrt. V těchto časech potřebuje člověk cítit lásku blízkých, úctu k jeho osobě a doprovod někoho, kdo ho tímto nelehkým obdobím provede. Sociální práce v paliativní a

hospicové péči se zaměřuje na poskytování pomoci a podpory, což je její hlavní náplň a poslání. Sociální práce se zde uplatňuje jako metoda sociální pomoci (Laca, 2013).

Stejně tak o dnešní moderní době pojednává A. Opatrný, který uvádí, že: „*Mezi základní požadavky moderní civilizace patří „bezchybné fungování“, „bezbolestnost“ (chápána v širokém slova smyslu), „úspěch“ a „výkon“. Nemoc, tedy dysfunkce lidského organismu nebo jeho části, která je často spojována s bolestí a která může končit zánikem veškerých funkcí organismu, tudíž smrtí, je vlastně chápána jako něco nepatřičného. Je-li nemoc úspěšně vyléčena, je to zpravidla chápáno jako povinné vítězství vědy nad nemocí. Tím větší je pak bezradnost a rozčarování nad nemožností nemoc vyléčit“.*

Původní model domácího umírání byl nahrazen institucionálním modelem, kde se o umírající starají profesionální odborníci. Tato péče nemusí probíhat jen v nemocnicích, ale také v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN), hospicích, odborných ústavech, domovech pro seniory nebo v nestátních zdravotnických zařízeních (Opatrný, 2017).

Haškovcová uvádí, že dříve lidé umírali především doma, obklopeni svými blízkými. Rodina byla přítomna při posledních chvílích umírajícího, který mohl vyslovit svá poslední přání a důstojně se rozloučit. Kněz byl přivolán, aby poskytl duchovní útěchu a svátost, připravující umírajícího na jeho cestu do jiného světa. Věřící tak opouštěl tento svět smířený a těšil se na nový život v nebi (Haškovcová, 2007, s. 27).

Dřívější rodinný model umírání byl odlišný od dnešní doby. Každý člen rodiny se podílel na péči o umírajícího a vnímal tuto situaci jako běžnou součást života. Umírající věděli, co je čeká, protože během svého života mnohokrát pomáhali umírajícím příbuzným a sami hráli roli doprovázejících. Díky těmto zkušenostem si uvědomovali, že se mohou ocitnout ve stejné situaci, a připravovali na to i své děti, které se učily vnímat smrt jako přirozenou součást života (Kupka, 2014, s. 19).

V závěru lze shrnout, že moderní přístupy k umírání vyžadují integraci etických principů, kde je důstojnost umírajícího klíčová. Sociální práce v paliativní a hospicové péči hraje nezastupitelnou roli v poskytování podpory a pomoci, čímž přispívá k naplnění základního práva každého člověka na důstojnou smrt.

5. PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části jsem se snažila uceleně uspořádat poznatky z oblasti paliativní a hospicové péče. Zaměřila jsem se na samotný proces umírání, potřeby umírajících, roli sociálního pracovníka v různých fázích podpory a také na etické aspekty spojené s umíráním a smrtí. Použila jsem tuzemskou i zahraniční odbornou literaturu k získání informací o různých aspektech umírání, rámci poskytování paliativní péče a obecně o sociální práci a úkolech sociálního pracovníka. Práce s odbornou literaturou mi přinesla mnoho podnětů a inspiraci pro vlastní výzkumnou sondu.

5.1. Cíl výzkumné sondy a výzkumné otázky

Výzkumná část práce zahrnuje kvalitativní fenomenologickou analýzu prostřednictvím rozhovorů, jejímž cílem je hlouběji porozumět tomu, jak sociální pracovníci vnímají svou profesi, jejich vztah ke klientům a motivaci setrvat v této náročné práci.

Dále se zaměřuje na identifikaci nekomfortních aspektů práce a způsoby, jakými sociální pracovníci zvládají stres a překonávají pracovní náročnosti. Výzkum zkoumá subjektivní prožívání soc. pracovníka v kontaktu s klientem paliativní péče a jak prožívá svou náročnou situaci v práci. Výzkumná otázka:

Jak sociální pracovník subjektivně vnímá svou roli sociálního pracovníka a jak prožívá kontakt s klienty v paliativní péči.

V rámci této základní otázky se chci věnovat těmto podotázkám:

1. *Jak vnímáte svou profesi?*
2. *Jak byste popsala Vaše vztahy s klienty?*
3. *Jaké jsou největší překážky v komunikaci s klienty?*
4. *Jaké nekomfortní aspekty Vaší práce vnímáte?*
5. *Jak překonáváte pracovní náročnost?*
6. *Jak ventilujete stres?*
7. *Co Vás motivuje zůstat v této profesi?*

SCÉNÁŘ ROZHOVORU	
<i>Oblast dotazování/výzkumná otázka:</i>	Významné body:
<i>Jak vnímáte svou profesi?</i>	<input type="checkbox"/> Klíčová a nezbytná <input type="checkbox"/> Podpora pacientů <input type="checkbox"/> Péče v těžkých životních situacích
<i>Jak byste popsala Vaše vztahy s klienty?</i>	<input type="checkbox"/> Laskavost <input type="checkbox"/> Naslouchání <input type="checkbox"/> Respekt k individuálním potřebám
<i>Jaké jsou největší překážky v komunikaci s klienty?</i>	<input type="checkbox"/> Technické překážky (např. ventilátory) <input type="checkbox"/> Osobní faktory pacientů (např. introverze) <input type="checkbox"/> Nesprávná interpretace záměrů
<i>Jaké nekomfortní aspekty Vaší práce vnímáte?</i>	<input type="checkbox"/> Nerovnováha moci mezi zdravotníky a pacienty <input type="checkbox"/> Nespokojenost s organizací a kvalitou péče <input type="checkbox"/> Vnitřní problémy v nemocnici
<i>Jak překonáváte pracovní náročnost?</i>	<input type="checkbox"/> Aktivity, které těší <input type="checkbox"/> Pohyb (např. procházky) <input type="checkbox"/> Relaxační techniky (např. dechová cvičení)
<i>Jak ventilujete stres?</i>	<input type="checkbox"/> Osobní aktivity (např. kultura, čtení) <input type="checkbox"/> Pohyb (např. procházky) <input type="checkbox"/> Vypovídání se blízkým
<i>Co Vás motivuje zůstat v této profesi?</i>	<input type="checkbox"/> Pomoc pacientům a rodinám <input type="checkbox"/> Významný pozitivní dopad práce <input type="checkbox"/> Podpurný kolektiv na pracovišti

5.2. Metoda výzkumu

Výzkumným fokusem interpretativní fenomenologické analýzy (interpretative phenomenological analysis, dále jen IPA) je porozumění žité zkušenosti člověka. Pomáhá nám detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu – fenoménu (Smith, Flowers a Larkin, 2009).

Proto jsem pro svou svůj výzkumný vzorek zvolila právě tuto metodu. Svoji teoretickou pozici IPA zakotvuje ve třech zdrojích – fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Právě propojení těchto teoretických pozic je pro některé autory (např. Willig, 2001) zdrojem pochybností, zda je možné zaujímat k výzkumnému tématu nejprve fenomenologický postoj a v určité fázi pak přistoupit k interpretační pozici (Jana Koutná Kostínková a Ivo Čermák).

5.3. Výzkumný vzorek

IPA, stejně jako jiné kvalitativní metody, například tematická analýza, umožňuje získat mnoho dat od malého počtu osob. Larkin (2009, citováno podle Koutné Kostníkové, 2013) doporučuje získat výpovědi od 3 až 6 participantů, kteří by měli být součástí homogenní skupiny a měli by mít vlastní zkušenost s tématem výzkumu. Proto plánuji oslovit sociální pracovníky, kteří mají zkušenost s péčí o umírající v hospicích, nemocnicích a domovech pro seniory, jež poskytují paliativní péči a zároveň splňují další požadavky, a to, že pracují jako sociální pracovníci v paliativní péči, dosahují minimálně 2.stupně vysokoškolského vzdělání a minimálně 5letou praxi na pozici sociálního pracovníka v paliativní péči. Takovou délku praxe volím proto, že se domnívám, že výstupy respondentů budou proto relevantnější a poskytnou hlubší vhled do zkušeností a kompetencí pracovníků v této oblasti. Budu se soustředit na pracovníky paliativních jednotek při nemocnicích a mobilních hospiců, kteří poskytují paliativní péči v rámci tzv. sdílené péče. Předpokládám, že v zařízeních tohoto typu oslovím 3 sociální pracovníky, kteří budou splňovat výše uvedená kritéria.

5.4. Vlastní zkušenost s tématem

Moje cesta k hlubšímu porozumění paliativní péče začala již během studia, kdy jsem měla příležitost navštěvovat stáže na odděleních paliativní medicíny v nemocnicích. Tyto stáže byly klíčovým prvkem mého vzdělávání a významně přispěly k mé odborné přípravě v této oblasti. Kromě školní výuky jsem se také aktivně vzdělávala mimoškolně, což mi poskytlo široký a hluboký vhled do problematiky paliativní péče.

Průběh stáží na klinice paliativní medicíny

Stáže na odděleních paliativní medicíny byly rozděleny do několika částí, což mi umožnilo získat komplexní přehled o fungování oddělení a péči o pacienty. Každý den začínal ranním hlášením, kde se probírala aktuální situace na oddělení, noví pacienti a plán péče. Měla jsem možnost sledovat, jak se tým společně rozhoduje o nejlepších postupech pro každého pacienta, což mi poskytlo důležitý pohled na týmovou spolupráci v rámci paliativní péče.

Přímá péče o pacienty

Jedním z nejdůležitějších aspektů stáží byla přímá péče o pacienty. Pod dohledem zkušených lékařů, sociálních pracovníků a zdravotních sester jsem se učila, jak správně komunikovat s pacienty a jejich rodinami, jak poskytovat fyzickou, sociální a emocionální podporu. Bylo pro mě nesmírně přínosné vidět, jak se teoretické znalosti aplikují v praxi a jak je každému pacientovi poskytována péče na míru podle jeho individuálních potřeb.

Pozorování běhu oddělení

Kromě přímé péče jsem měla také příležitost pozorovat běh oddělení. To zahrnovalo sledování administrativních procesů, organizaci práce na oddělení, organizaci seminářů pro odborníky a veřejnost, plán rozvoje a ostatních aktivit, např. publikací. Bylo fascinující vidět, jak každý člen týmu přispívá k hladkému fungování oddělení a jak důležitá je koordinace mezi jednotlivými profesemi.

Mimoškolní vzdělávání

Mimo školu jsem se aktivně věnovala dalšímu vzdělávání v oblasti paliativní péče. Navštěvovala jsem semináře, workshopy a konference, kde jsem se setkávala s odborníky z praxe, kteří sdíleli své zkušenosti a nejnovější poznatky z oboru. Tato setkání mi poskytla cenné informace a inspiraci pro mou budoucí kariéru.

Reflexe zkušeností

Moje zkušenosti ze stáží a mimoškolního vzdělávání mi umožnily pochopit, jak komplexní a náročná je práce v oblasti paliativní péče. Naučila jsem se, jak je důležité být nejen odborně připravený, ale také citově vyrovnaný a empatický. Získala jsem také hluboké pochopení pro potřeby pacientů a jejich rodin a uvědomila si, jak důležitá je role sociálních pracovníků a dalších členů multidisciplinárního týmu.

Tyto zkušenosti mě nejen odborně obohatily, ale také mě motivovaly k dalšímu vzdělávání a práci v oblasti paliativní péče. Vidět, jak může kvalitní péče zlepšit kvalitu života nevléčitelně nemocných pacientů, mě utvrdilo v tom, že jsem si vybrala správnou cestu a že má práce může mít významný pozitivní dopad na životy druhých lidí.

6. Rozhovory s participanty

Každý rozhovor byl zaznamenán na mobilní telefon a následně přepsán. Pro zachování anonymity účastníků jsem použila šifrování, kde byl první rozhovor označen jako „A“, druhý jako „B“ a tak dále. Během rozhovorů jsem se záměrně vyhýbala zmínkám o názvech organizací a požádala jsem o totéž i účastníky. Přepsané rozhovory jsem označila podle stránek a řádků, aby bylo snadné dohledat konkrétní citace. Kód (X,S1,Ř1) tedy znamená rozhovor s prvním účastníkem „X“, stránku 1, řádek 1. Všichni účastníci byli informováni o ochraně osobních údajů a účelu výzkumu a podepsali souhlas s účastí na rozhovoru.

Každý rozhovor jsem analyzovala a rozdělila na témata vztahující se k výzkumným otázkám, která jsem slovně popsala. Témata, která byla společná pro více účastníků nebo byla natolik zajímavá, že by neměla být opomenuta, jsou zahrnuta v závěrečném zodpovězení výzkumných podotázek. Seznam témat je uveden v tabulce za každou analýzou rozhovorů, stejně jako seznam společných témat.

6.1 Rozhovor s respondentkou X

Paní X. mě přijala v ambulanci oddělení, kde pracuje. Protože se známe, byl rozhovor velmi přirozený a také proto, že paní X je velmi otevřený a laskavý člověk. Byla věcná a velmi dobře odpovídala na kladené otázky. K hladkému průběhu rozhovoru přispěl i fakt, že má 15letou zkušenost jako sociální pracovník a 8letou jako soc. pracovník v paliativní péči.

Rozbor rozhovoru s paní X v kontextu výzkumných otázek

Otázka: Jak vnímáte svou profesi?

Respondent vnímá svou profesi jako povolání, které vykonává již 15 let s radostí. Zdůrazňuje specifickou a nezastupitelnou roli své práce v rámci týmu a význam její přítomnosti pro pacienty. Respondent vidí smysl své práce v tom, že poskytuje potřebnou pomoc a podporu lidem v těžkých životních situacích.

Odpověď: „Tak moje profese je specifická v rámci týmu, jako každá další, že jo. Jakkoli je koncipovaná pro všechny a dělám ji už vlastně dá se říct 15 let. Dělám to ráda a vnímám to jako... jako taky svoje povolání. Být nablízku lidem, kteří to dle mého názoru potřebují nejvíc

a vlastně vlivem toho kde se nachází jsou mimořádně vděční. To jako není ten důvod, proč to dělám, aby byl někdo vděčný, spíš mi to právě proto dává smysl, protože vidím, že ta naše přítomnost je pro ty pacienty hrozně moc. (X,S1,Ř5).“

Otázka: Jak byste popsala Vaše vztahy s klienty?

Respondentka popisuje své vztahy s klienty jako primárně naslouchající a přijímající. Snaží se při každém rozhovoru ukázat, že je plně k dispozici a připravena naslouchat potřebám klienta. Vztah se podle ní může vytvářet při následných rozhovorech nebo i při jednorázových setkáních, kdy je důležité projevit plnou přítomnost a podporu.

Odpověď: *„No. Já spíš... spíš možná bych mohla mluvit o nějakém nastavení, svoje sérum vůči klientům, které je prostě primárně jako naslouchající a přijímající, nebo jak to, jak bych to řekla, a ten vztah se vytváří, když je k tomu příležitost vlastně nějakých následných rozhovorů, ale i při prvním a jediném rozhovoru, který třeba s tím člověkem vedu, tak se snažím nějak dát najevo, že tam jsem v tu chvíli prostě plně pro něj a k dispozici k tomu, co je pro něj v tu chvíli důležité. (X,S1,Ř16).“*

Otázka: Jaké jsou největší překážky v komunikaci s klienty?

Respondentka identifikuje několik překážek v komunikaci s klienty, včetně fyzických obtíží, jako jsou problémy s mluvením po stomatochirurgii. Největší překážkou však vnímá absenci vztahu nebo nepochopení role paliativního týmu, což může být způsobeno nedostatečnou komunikací ze strany ošetřujícího lékaře.

Odpověď: *„Tak překážek může být celá řada, někdy jsou to vysloveně prostě fyzické překážky. Někdy ten pacient špatně mluví, jo, stopy stomatochirurgie, někdy nemůže mluvit vůbec. (X,S1,Ř39).“*

Odpověď: *„'Nevztah', nebo když vlastně o to nějakým způsobem nestojí, což se stává třeba tehdy, když jim jejich ošetřující lékař, nebo prostě ten, kdo nám zavolá, že potřebuji někoho z paliativního týmu, většinou je to ošetřující lékař, špatně vysvětlí, kdo přijde. Někdy jim nic neřeknou a Ti pacienti potom, protože se nachází v křehké pozici, jsou někdy nepřístupní (X,S1,Ř45).“*

Otázka: Jaké nekomfortní aspekty Vaší práce vnímáte?

Respondentka zmiňuje, že nekomfortní aspekty práce zahrnují technické překážky a nedostatek času na důkladnou komunikaci s pacienty a jejich rodinami. Zdůrazňuje, že dříve byla komunikace odsouvána na později, což vede k tomu, že na ni nakonec vůbec nezbyvá čas.

Odpověď: „*Tak samozřejmě tam může být překážek jako celá řada (X,S1,Ř128).*“ *Jsou technické překážky, které... a myslím si, že se to posouvá, že na těch odděleních dřív vždycky byla na prvním místě jako... musí se udělat, tohle tohle tohle tohle, a pak se to vysvětlí. Anebo, vždyť se jim to vlastně... nebo my prostě... oni to pochopí časem, že vlastně jako ta komunikace s tím člověkem, s tím pacientem, i s jeho rodinou případně, se odsouvala, že to vlastně je něco, co až když na to bude čas, no a on na to pak ten čas třeba vůbec není (X,S5,Ř136).*“

Otázka: Jak překonáváte pracovní náročnost?

Respondentka překonává pracovní náročnost prostřednictvím procházek, sebepečovacích rituálů, jako jsou koupele, a čtením. Někdy se věnuje četbě detektivek nebo jiných knih, které ji odvedou od pracovního stresu do jiného světa.

Odpověď: „*Procházky. Chození teď v poslední době vlastně víc než dřív. A mám prostě takové sebepečovací rituály, když je to nějak hodně toho, tak koupel, jinak se sprchuji. Ráda čtu. Tak to je, takže já někdy se... a někdy opravdu třeba i detektivku, nebo něco takového, co mě opravdu odvede úplně... úplně někam do jiného světa (X,S2,Ř56).*“

Otázka: Jak ventilujete stres?

Respondentka překonává pracovní náročnost prostřednictvím procházek, sebepečovacích rituálů, jako jsou koupele, a čtením. Někdy se věnuje četbě detektivek nebo jiných knih, které ji odvedou od pracovního stresu do jiného světa.

Odpověď: „*Procházky. Chození teď v poslední době vlastně víc než dřív. A mám prostě takové sebepečovací rituály, když je to nějak hodně toho, tak koupel, jinak se sprchuji. Ráda čtu. Tak to je, takže já někdy se... a někdy opravdu třeba i detektivku, nebo něco takového, co mě opravdu odvede úplně... úplně někam do jiného světa (X,S2,Ř56).*“

Otázka: Co Vás motivuje zůstat v této profesi?

Respondentku motivuje pestrost práce a možnost pomáhat lidem v těžkých situacích. I když je práce náročná, zpětná vazba od pacientů, že jim její přítomnost a pomoc skutečně pomohly, je pro ni velmi satisfakční a podporuje ji v setrvání v této profesi.

Odpověď: *„Ta práce je hodně pestrá. Já vím, v tom, že jako nikdy člověk dopředu neví, s kým se potká, a nebo... tam je to hodně na škále, jako někdy jsou to věci velice jako těžké, protože je to opravdu člověk, který je sevřený bolestmi nebo prostě tím, že vlastně ví, že se jeho život naplňuje, ale někdy i přes tohle všechno prostě jsou ty rozhovory satisfakční, vlastně, jo, že vlastně jako natolik... natolik je tam zpětná vazba, že tedy to bylo důležité, že to nějak jako bylo potřebné, že to tomu člověku v tu chvíli opravdu nějak pomohlo. Je to občas, je to občas, ale když to pak přijde, tak je to takový... takový jiný, no to pak jako hodně člověka podpoří v tomto (X,S3,Ř92).“*

ZÁVĚR

Rozhovor poskytuje hluboký vhled do zkušeností a perspektiv sociální pracovnice v oblasti paliativní péče. Respondentka zdůrazňuje význam empatického přístupu k pacientům, význam komunikace a osobního vztahu, a rovněž identifikuje hlavní překážky a způsoby zvládání stresu a pracovní náročnosti. Tyto poznatky jsou cenné pro porozumění profesním výzvám a motivacím sociálních pracovníků v paliativní péči.

6.2 Rozhovor s respondentkou Y

Paní Y mě přijala v ambulanci oddělení, kde pracuje. Protože se známe, byl rozhovor velmi přirozený a také proto, že paní X je, stejně jako její kolegyně, velmi otevřený a laskavý člověk a je výjimečná svým temperamentem, přívětivostí a rychlou mluvou, která mně při rozhovoru velice vyhovuje. Neodbíhá od tématu a je velice věcná. K hladkému průběhu rozhovoru přispěl i fakt, že má 20letou zkušenost jako zdravotně-sociální pracovník a více než 10letou jako soc. pracovník v paliativní péči.

Rozbor rozhovoru s paní Y v kontextu výzkumných otázek

Otázka: Jak vnímáte svou profesi?

Respondentka vnímá svou profesi jako podpůrnou a orientační v rámci týmu paliativní péče. Její práce je zaměřena na pomoc pacientům a jejich rodinám v náročných životních situacích a na poskytování informací o možnostech následné péče.

Odpověď: *„Když budu mluvit o profesi sociálního pracovníka nebo zdravotně sociálního pracovníka, tak určitě v rámci paliativního týmu ji vnímám jako podpůrnou směrem k pacientům a rodinám, které jsou v mimořádně náročných životních situacích. Kromě podpory zahrnuje také orientaci v informacích o různých službách a možnostech následné péče (Y,S1,Ř14).“*

Otázka: Jak byste popsala Vaše vztahy s klienty?

Respondentka popisuje své vztahy s klienty jako založené na laskavosti, naslouchání a respektu k jejich individuálním prožitkům. Je pro ni důležité být plně přítomná pro klienty a nevnášet do situace vlastní emoce.

Odpověď: *„hrozně důležitý ten laskavý přístup jako, mít laskavost jako v sobě směrem k těm lidem a, to bych řekla, že umět jim naslouchat a nepřinášet tam příliš sám sebe.. (Y,S2,Ř60).“*

Otázka: Jaké jsou největší překážky v komunikaci s klienty?

Respondentka identifikuje několik překážek v komunikaci s klienty, včetně fyzických obtíží, jako jsou problémy s mluvením po stomatochirurgii. Největší překážkou však vnímá absenci vztahu nebo nepochopení role paliativního týmu, což může být způsobeno nedostatečnou komunikací ze strany ošetřujícího lékaře.

Odpověď: *„...možná úplně na začátku jsem měla technický překážky stran třeba že pro mě je trošku problematičtější komunikace s lidmi na ventilátorech jakoby, co opravdu na tebe můžou jenom, musíš pokládat uzavřené otázky, můžou mrknout očima třeba jo a na neurologii nebo, tak to pro mě jako já ač jsem zdravotník druhou částí, že, tak jako to není úplně něco, co umím, takže to jako vždycky jsem ráda, když můžu s někým z týmu jít a nebo. Takže fakt*

musíš dobře jako formulovat a pokládat otázky, když fakt někdo, když máš před sebou člověka, co na tobě, jenom, co ti může odpovědět mrknutím očí, anebo u pacientů trachostomovaných, pokud nemůžou psát třeba, takže spíš tyhle technický jako překážky technického rázu asi, jinak mě žádné jiné nenapadají (Y,S3,Ř74).“

Odpověď: „...my jako vítáme emoce, jo, pro nás je horší to zamrznutí a to, když tam nejsou, a nebo se mají obavy projevit. Takže vlastně asi pracujeme trošku jinak, možná než v cestě domu... No takže tohle asi a že bych jako s otevřenou agresí ve smyslu nějaký jako vulgarit nebo jako fyzických útoků jsem se nesetkala. (Y,S4,Ř103).“

Otázka: Jaké nekomfortní aspekty Vaší práce vnímáte?

Respondentka vnímá jako nekomfortní aspekt své práce nerovnováhu moci mezi zdravotníky a pacienty. Cítí diskomfort, když vidí, že péče není poskytována tak, jak by si pro pacienty přála.

Odpověď: „...někdy komunikace s personálem jako anebo když vidím, že si někdy ta péče neprobíhá tak, jak bych si pro toho pacienta pro sebe představovala, tak to někdy v tomhle mám asi největší diskomfort (Y,S4,Ř114).“

Otázka: Jak překonáváte pracovní náročnost?

Respondentka K překonává pracovní náročnost prostřednictvím pohybových aktivit a dechových cvičení. Také se vypovídává doma a s kamarády, aby uvolnila své emoce.

Odpověď: „Já se učím až teďka ten pohyb, jako rychlé procházky, rychlá chůze, skákání, rychloběh na místě, co nás učí, je skvělý a určitě dechová různá cvičení (Y,S4,Ř 134).“

Odpověď: „Tady spíš a pak třeba cestou domů, že se projdu jako dojdou si pěšky, a... pěšky a jinak já nejsem sportovec vůbec, takže spíš ventiluji... vypovídám se z toho, i doma, chudáci, musí občas poslechnout, vyslechnout leccos, kamarádi, jako ne konkrétní kauzy, ale jako moje emoce. Občas (Y,S5,Ř139).“

Otázka: Jak ventilujete stres?

Respondentka ventiluje stres pomocí fyzických aktivit, dechových cvičení a vypovídání se s blízkými lidmi.

Odpověď: „*Já se učím až teďka ten pohyb, jako rychlé procházky, rychlá chůze, skákání, rychloběh na místě, co nás učí, je skvělý a určitě dechová různá cvičení (Y,S4,Ř134).*“

Otázka: Co Vás motivuje zůstat v této profesi?

Respondentka je motivována tím, že může pomoci pacientům a jejich rodinám zvládat těžké životní situace. Vnímá sebe jako průvodce v rámci týmu, což ji baví a motivuje zůstat v této profesi.

Odpověď: „*Možná jsme takoví průvodci, já se možná víc považuju za toho průvodce tou situací nebo jednoho právě naštěstí v rámci týmu jednoho z průvodců, a to je hrozně jako fajn. To, jako to mě baví i vlastně a ta práce v týmu jako je super v tomhle no (Y,S5,Ř155).*“

ZÁVĚR

Rozhovor s respondentkou poskytuje detailní pohled na její zkušenosti a názory na práci v oblasti paliativní péče. Respondentka klade důraz na laskavost, naslouchání a respekt k individuálním potřebám pacientů. Identifikuje technické překážky a nerovnováhu moci mezi zdravotníky a pacienty jako hlavní výzvy. Pro zvládnutí stresu využívá pohybové aktivity a vypovídání se s blízkými. Je motivována tím, že může pomoci pacientům a jejich rodinám a že pracuje v podpůrném týmu. Tyto poznatky přispívají k lepšímu porozumění profesním výzvám a motivacím sociálních pracovníků v paliativní péči.

6.3 Rozhovor s respondentkou Z

Otázka: Jak vnímáte svou profesi?

Respondentka Z rozlišuje mezi jednorázovými a dlouhodobými vztahy s pacienty. Jednorázové vztahy mohou být vřelé a kvalitní, ale nikdy nedosáhnou hloubky a důvěry, kterou umožňují dlouhodobé vztahy.

Odpověď: „...že pacienti v stádiích nevléčitelných nemocí nebo prostě ve složitých situacích potřebují prostě pomoc vlastně nejvíc ze všech (Z,S1,Ř26).“

Otázka: Jak byste popsala Vaše vztahy s klienty?

Respondentka popisuje své vztahy s klienty jako založené na laskavosti, naslouchání a respektu k jejich individuálním prožitkům. Je pro ni důležité být plně přítomná pro klienty a nevnášet do situace vlastní emoce.

Odpověď: „já tam jakoby vnímám hlavně jako to časový hledisko, protože je úplně jako jiná věc, kde to je (Z,S2,Ř54).“

Odpověď: „Takže jako ten vztah, stejně tak dejme tomu může být jako dobrý, vřelý, kvalitní a tak dále, nicméně jako je to jen jednou, a to se ti nikdy nepodaří vybudovat jako ten vztah jako tak, jako když vlastně jakoby máš v dlouhodobé péči toho pacienta. Takže jako já to jakoby vnímám, jako že to časový hledisko a ta intenzita jakoby, s kterou se jako setkáváš s těmi pacienty, že to je jako základ, ale jako ne jeden, že jako někdy můžeš jít pětkrát k někomu, s kým nenavážeš prostě jakoby tak dobře, jako s různými jinými (Z,S2,Ř58).“

Otázka: Jaké jsou největší překážky v komunikaci s klienty?

Respondentka Z identifikuje různé překážky v komunikaci, včetně neznalosti předchozích událostí, základního ladění pacienta a možností, že pacient špatně interpretuje její záměry nebo chování.

Odpověď: „to tam může hrát roli jakoby spousta faktorů, že někdy jako je to už jen jakoby situace, ve které přicházíš, že jo, nevíš, co se stalo předtím, nevíš, co se stalo, jakoby den před, dva. A pokud ti to ten klient neřekne nebo personál, tak nevíš, že jo. Takže jako jo, to znamená, že se mohla, nevím, pacientka nebo pacient dozvědět cokoli, jakoby blbého, zatěžujícího. Neřekne to, že jo, a má prostě jako tam stopku a dejte už mi všichni pokoj, takže jako jo... (Z,S3,Ř76).“

Odpověď: „*může se stát, že se usmíváš, protože buď je to tvoje přirozenost, nebo chceš na naladit nějakou atmosféru, a klidně ti může říct, jako vy se tady na mě smějete. Já prostě teď jsem dostal informaci, že to mám za pár a vy se smějete. (Z,S4,Ř101).*“

Otázka: Jaké nekomfortní aspekty Vaší práce vnímáte?

Respondentka Z vnímá jako nekomfortní aspekt své práce nerovnováhu moci mezi zdravotníky a pacienty a diskomfort při komunikaci s personálem, pokud péče neprobíhá podle jejích představ.

Odpověď: „*To se někdy jeví věci jakoby těžkopádný, víš? Takový, že než sem něco povolí a nikdo nevíme, to tady nikdy nebylo, nevidíme, jak se na to budou tvářit. Nevím, ředitel, přednostové a tak, takže ale jako tak to je daný tím, jako že je to jako moloch, že jo, protože toto je ještě jakoby k tomu jako státní a tak, a že je to prostě jako svázaný, jakoby myslím, různými předpisy, víš? (Z,S7,Ř208).*“

Otázka: Jak překonáváte pracovní náročnost?

Respondentka Z překonává pracovní náročnost prostřednictvím aktivit, které ji těší, jako jsou divadelní představení, filmy a hudba. Fyzický pohyb není pro ni hlavní způsob zvládnání stresu kvůli nedostatku kapacity a energie.

Odpověď: „*Většinou se k tomu nedostanu k něčemu, co je doporučované, ale spíš se držím toho, co mě těší. Třeba divadelní představení, film, hudba. Pohyb nemám moc kapacitu, takže se snažím držet toho, co mě sytí nebo baví (Z,S5,Ř156).*“

Odpověď: „*žít něco jiného, třeba divadelní představení nebo film, nebo prostě jako hudbu (Z,S5,Ř156).*“

Otázka: Jak ventilujete stres?

Respondentka Z přiznává, že neumí snadno ventilovat stres a že si pracovní starosti často nese domů. Přiznává, že to není zdravé, ale považuje to za lidské.

Odpověď: „*Hele to víš jako že těch teorií známe, ne, plno, ale většinou se k tomu prostě jako nedostanu k něčemu k tomu, co je doporučované, co zřejmě funguje a tak jako nějaké meditace (Z,S5,Ř150).*“

Otázka: Co Vás motivuje zůstat v této profesi?

Respondentka Z je motivována pocitem, že je prospěšná pacientům a zlepšuje jejich životy. Další motivací je pro ni podpůrný a hodnotově sladěný kolektiv na pracovišti.

Odpověď: „*nějakým způsobem i byla prospěšná, zlepšila jim nějakou část života, nebo ... uklidnili se prostě, jako že jsou tam prostě jako kvality, který jsou jasně ale spojený s mojí prací, chci říct. Jo, že to jako není jako jen o tom, nebo taky jsem ráda, že je spokojený, že dneska byl dobrý oběd, ale jakoby pokud teda se bavíme jakoby o mé práci, tak jasně obecně spokojený pacient, ale jako je důležitý, že prostě jakoby vidám to, že skrze mojí pomoc prostě mají nějakou ulehčenou část jako života (Z,S6,Ř175).*“

Odpověď: „*Plus samozřejmě kolektiv, jako tady. (Z,S6,Ř184).*“

ZÁVĚR

Rozhovor s respondentkou Z poskytuje detailní pohled na její zkušenosti a názory na práci v oblasti paliativní péče. Respondentka klade důraz na význam pomoci pacientům v nevléčitelných stádiích nemocí a na individuální přístup ke každému pacientovi. Identifikuje různé překážky v komunikaci a péči, a přiznává, že si pracovní stres často nese domů. Pro zvládání stresu využívá aktivity, které ji těší, jako jsou divadelní představení a hudba. Je motivována pocitem, že je prospěšná pacientům, a podporou, kterou nachází ve svém pracovním kolektivu. Tyto poznatky přispívají k lepšímu porozumění profesním výzvám a motivacím sociálních pracovníků v paliativní péči. Rozhovor s respondentkou poskytuje detailní pohled na její zkušenosti a názory na práci v oblasti paliativní péče. Respondentka klade důraz na laskavost, naslouchání a respekt k individuálním potřebám pacientů. Identifikuje technické překážky a nerovnováhu moci mezi zdravotníky a pacienty jako hlavní výzvy. Pro zvládání stresu využívá pohybové aktivity a vypovídání se s blízkými. Je motivována tím, že může pomoci pacientům a jejich rodinám a že pracuje v podpůrném týmu.

Tyto poznatky přispívají k lepšímu porozumění profesním výzvám a motivacím sociálních pracovníků v paliativní péči.

7. ZÁVĚR VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Paliativní péče představuje jedno z nejnáročnějších a zároveň nejdůležitějších odvětví sociální práce a medicíny. Její cílem je poskytovat komplexní podporu nevléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, zlepšovat kvalitu jejich života a zmírňovat utrpení v závěrečných fázích života. Tato bakalářská práce se zabývá tím, jak sociální pracovníci vnímají svou profesi v oblasti paliativní péče, jaké vztahy mají s pacienty, jaké překážky musí překonávat a co je motivuje v této náročné práci setrvat. Na základě rozhovorů s třemi zkušenými sociálními pracovníci byla zjištěna řada společných bodů a zkušeností, které poskytují cenný vhled do této specifické oblasti.

Práce ukázala, že všechny tři respondentky vnímají svou profesi jako klíčovou a nezbytnou pro pacienty v těžkých životních situacích. Jejich práce je zaměřena na podporu pacientů a jejich rodin, poskytování informací o možnostech následné péče a zajišťování kvality života nevléčitelně nemocných pacientů. Všechny respondentky zdůrazňují význam laskavosti, naslouchání a respektu k individuálním potřebám pacientů, což je základním kamenem jejich přístupu k práci.

Jedním z hlavních problémů, s nimiž se sociální pracovníci v paliativní péči potýkají, jsou různé překážky v komunikaci s pacienty. Respondentky identifikovaly technické překážky, jako je komunikace s pacienty na ventilátorech, osobní faktory pacientů, jako je introverze, a nesprávná interpretace jejich záměrů. Tyto překážky mohou výrazně ovlivnit kvalitu péče a vyžadují specifické dovednosti a přístupy ze strany sociálních pracovníků.

Dalším významným tématem, které se v rozhovorech objevilo, jsou nekomfortní aspekty práce sociálních pracovníků v paliativní péči. Respondentky se shodují na tom, že nerovnováha moci mezi zdravotníky a pacienty a nespokojenost s organizací a kvalitou péče

představují hlavní zdroje diskomfortu. Vnitřní problémy v nemocnici, jako jsou administrativní překážky a strukturální těžkopádnost, také negativně ovlivňují jejich práci a pohodu.

Pro zvládnutí pracovní náročnosti a stresu používají respondenty různé metody. Všechny kladou důraz na aktivity, které je těší a poskytují jim relaxaci. Mezi tyto aktivity patří pohyb, jako jsou procházky, a relaxační techniky, jako jsou dechová cvičení. Kromě toho se respondenty často vypovídají blízkým osobám, což jim pomáhá zvládat emoční náročnost jejich práce.

Motivace sociálních pracovníků setrvat v této náročné profesi je silně ovlivněna zpětnou vazbou od pacientů a jejich rodin. Respondenty jsou motivovány pocitem, že jejich práce má významný pozitivní dopad na životy pacientů a že mohou pacientům a jejich rodinám poskytnout potřebnou podporu a pomoc. Dalším důležitým faktorem je podpůrný kolektiv na pracovišti, který přispívá k jejich spokojenosti a pocitu sounáležitosti. Dvě ze tří respondentek uvádí, že je pro ně motivující kolektiv

Tato bakalářská práce poskytla hluboký vhled do profesního života sociálních pracovníků v oblasti paliativní péče. Ukázala, že i přes náročnost a emocionální zatížení této práce jsou sociální pracovníci motivováni poskytovat co nejlepší péči a podporu svým pacientům. Jejich práce je neocenitelná pro zajištění kvality života nevléčitelně nemocných pacientů a jejich rodin. Práce také identifikovala klíčové výzvy, kterým sociální pracovníci čelí, a zdůraznila potřebu podpůrného a respektujícího prostředí na pracovišti.

Na základě těchto zjištění lze doporučit několik opatření pro zlepšení pracovních podmínek a podpory sociálních pracovníků v paliativní péči. Je důležité zajistit dostatečné školení a podporu pro zvládnutí technických a komunikativních překážek, které mohou sociální pracovníci čelit. Pro efektivní a udržitelný výkon v paliativní péči je nezbytné, aby sociální pracovníci kladli důraz na sebekéči. Péčovat o druhé je náročná a často vyčerpávající práce, proto je důležité nezapomínat na péči o vlastní fyzické a psychické zdraví. Konečně je nezbytné

posilovat týmovou spolupráci a podporu na pracovišti, aby sociální pracovníci mohli lépe zvládat emoční a fyzickou náročnost své práce.

SEZNAM LITERATURY:

- Akademie věd ČR. (n.d.). Dobrý život a dobrá smrt: dvojice publikací zkoumá možnosti eutanazie. Dostupné z <https://www.avcr.cz/cs/veda-a-vyzkum/humanitni-a-filologicke-vedy/Dobry-zivot-a-dobra-smrt-dvojice-publikaci-zkouma-moznosti-eutanazie/>
- American Academy of Family Physicians. (n.d.). Patient-centered communication: Basic skills. Retrieved from <https://www.aafp.org>
- American Psychological Association. (n.d.). Understanding psychotherapy and how it works. Dostupné z <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/understanding>
- Back, A. L., Arnold, R. M., & Tulskey, J. A. (2009). *Mastering communication with seriously ill patients: Balancing honesty with empathy and hope*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511606396>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Johns Hopkins University Press.
- CALLANANOVÁ M. a KELLEYOVÁ P. Poslední dary, jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-819-3
- Cambridge University Press. (2021). *Effective communication in palliative care*. Retrieved from <https://www.cambridge.org>
- Centrum paliativní a hospicové péče PAHOP. (2013). Standardy paliativní péče. Centrum PAHOP. https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2016/05/spp_2013_def.pdf
- Cleveland Clinic Journal of Medicine. (2021). *Palliative care: A multidimensional approach to improve quality of life*. Retrieved from <https://www.ccjm.org>

- Cleveland Clinic Journal of Medicine. (2021). Palliative care: An update for internists. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 88(9), 516-524. <https://www.ccmj.org/content/88/9/516>
- Česká republika. (1997). Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
- Česká republika. (2011). Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. (2021). *Palliative & Supportive Care*. Cambridge Core. <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/effective-communication-in-palliative-care-from-the-perspectives-of-patients-and-relatives-a-systematic-review/9F3D44E1A42B3C2E43886A9B5067ECAD>
- **Etický kodex sociálního pracovníka České republiky.** (n.d.). Staženo z <https://paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pece/casto-kladene-otazky>
- FILEC, V. Hospicová péče v České republice [on-line]. [cit. 2013-07-02]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/hospiccr.html>
- Fujimori, M., & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 201-216. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyp014>
- HOUSKA, Adam. Rodinná setkání a posilování rozhodovacích kompetencí pacientů a jejich blízkých (*Paliativní medicína*. 2022, roč. 2022, č. 1, s. 32).
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- Hughes, S., Firth, P., & Oliviere, D. (2015). Core competencies for palliative care social work in Europe: An EAPC White Paper - Part 2. *European Journal of Palliative Care*, 22(1), 38-44. Retrieved from http://www.haywardpublishing.co.uk/_year_search_review.aspx?JID=4&Year=2015&Edition=526.
- Hurd, C. J., & Curtis, J. R. (2016). *Clinical communication in the ICU*. Springer.

- Hurd, C. J., & Curtis, J. R. (2016). Communication about end-of-life care with patients and families in the intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 19(7), 746-752. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0552>
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *The Lancet*, 360(9350), 2026-2030. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)12022-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)12022-8)
- KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 9788090451643.
- KAPR, Jaroslav a MÜLLER, Čestmír. *Kniha o nemoci: eseje o nemoci, nemocném a lékaři. Život a zdraví (Avicenum)*. Praha: Avicenum, 1986.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci. Psyché (Grada)*. 2002. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- Laca, S. (2013). *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*.
- LEVICKÁ, Jana. *Základy sociálnej práce*. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na FZaSP Trnavskej Univerzity, 2004. ISBN 80-968952-3-0.
- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.1
- Masarykova univerzita. (2019). *Základy komunikace v paliativní medicíně*. Retrieved from https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/06_zaklady_komunikace.html
- Masarykova univerzita. (2019). *Základy komunikace*. In Paliativní péče. Retrieved from https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/06_zaklady_komunikace.html
- Masarykova univerzita. (2019). *Základy komunikace*. In Paliativní péče. Retrieved from https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/06_zaklady_komunikace.html

- Masarykova univerzita. (n.d.). Historie paliativní péče. Masarykova univerzita. https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/01_03_historie.html
- MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
- Medical, ethical, and legal aspects of end-of-life dilemmas in the intensive care unit. (2021). *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 88(9), 516-524. <https://www.ccjm.org/content/88/9/516>
- Medical, ethical, and legal aspects of end-of-life dilemmas in the intensive care unit. (2021). *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 88(9), 516-524. <https://www.ccjm.org/content/88/9/516>
- Medical, ethical, and legal aspects of end-of-life dilemmas. (2021). *Journal of Medical Ethics*. Retrieved from <https://www.medicalethicsjournal.com>
- Mishelmovich, N., Arber, A., & Odellius, A. (2016). Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.003>
- MUNZAROVÁ, M. Eutanazie nebo paliativní péče. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- Nadační fond Klíček. (n.d.). Retrieved from <https://www.klicek.org>
- Národní zdravotnický informační portál. (n.d.). Kde se s paliativní medicínou potkáte. Národní zdravotnický informační portál. <https://www.nzip.cz/clanek/466-kde-se-s-paliativni-medicinou-potkate>
- *Národní zdravotnický informační portál. (n.d.). Kde se s paliativní medicínou potkáte. Retrieved from https://www.nzip.cz/clanek/466-kde-se-s-paliativni-medicinou-potkate*
- OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. *Bibliotheca theologica*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. ISBN 978-80-7465-269-1.
- Paliativa.cz. (n.d.). **Často kladené otázky**. Podpora domácí paliativní péče. Retrieved [datum přístupu], from <https://paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pece/casto-kladene-otazky>

- Palliative care. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>).
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0121-4.
- Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Escribano, X., & Balaguer, A. (2016). Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: Systematic review and meta-ethnography. *PLOS ONE*, 11(3), e0151435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151435>
- Rusinová, K. (2023). Kdy přesně nastává okamžik smrti? *Tribune.cz*. Retrieved from <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/kdy-presne-nastava-okamzik-smrti/>
- Růžička, J. (2020). *Rozhovory v psychoterapii*. Vydavatel.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Schmidt, M., & Duška, F. (2022). Kdy přesně nastává okamžik smrti? *Tribune.cz*. Retrieved from <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/kdy-presne-nastava-okamzik-smrti/>
- SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2022]. ISBN 9788074926273.
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
- Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči. *SocialniPrace.cz*. Dostupné z <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>
- Sociologická encyklopedie. (n.d.). Thanatologie. Retrieved from <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Thanatologie>
- STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A. a STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H a H, 2006. ISBN 80-7319-059-1
- Šance Dětem. (n.d.). Co je paliativní péče. Šance Dětem. <https://sancedetem.cz/co-je-paliativni-pece>

- Švarc, J. (n.d.). Krizová intervence a psychiatrická péče. *Psychiatrická léčebna Bohnice*. Dostupné z <https://psychiatriepropraxi.cz>
- Umírání.cz. (n.d.). Historie paliativní péče. *Umírání.cz*. Dostupné z <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
- Univerzita Karlova. (n.d.). *Kvalitativní analýza textu*. Retrieved from [https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu\(1\).pdf](https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu(1).pdf)
- Encyklopedie sociálních věd. (n.d.). *Komunikace*. Sociologická encyklopedie. Retrieved from <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Komunikace>
- VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.
- VOLANDES, Angelo E. *Umění rozhovoru o konci života*. 2. vydání. Přeložil Lenka KAPSOVÁ. V Praze: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-60-7.
- Wallace Chi Ho Chan, Agnes Fong, Karen Lok Yi Wong, Doris Man Wah Tse, Kam Shing Lau, Lai Ngor Chan (2016). Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals, *Health & Social Work*, Volume 41, Issue 1, Pages 33–41. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv077>
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., Ragan, S. L., & Glajchen, M. (2015). *Textbook of Palliative Care Communication*. Oxford University Press. <https://academic.oup.com/book/35532/chapter/305744065>
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., Ragan, S. L., & Sanchez-Reilly, S. (2015). *Communication in palliative nursing*. Oxford University Press.
World Health Organization. (n.d.). Palliative care for children. Retrieved from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization. (n.d.). Palliative care. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi. Sestra (Grada)*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN isbn978-80-271-0156-6.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. (2011). Sbírká zákonů České republiky. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:

Jméno a příjmení autora: Michaela Růžičková

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Postavení sociálního pracovníka v paliativní péči

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D

Rok dokončení: 2024

Počet znaků: 115 941 (včetně mezer), 99 771 (bez mezer)

Přímá citace: 12

Počet dalších textů (příloh): 3 přepisy rozhovorů, informovaný souhlas

Počet odborných zdrojů: 70

Počet zahraničních zdrojů: 23

Počet internetových odkazů: 44

PŘÍLOHY

Příloha č.1 – přepis rozhovorů

Příloha č.2 – informovaný souhlas

Příloha č.1

Respondent X

- s: Ahoj [REDACTED] Děkuji. Prosím Tě, jak vnímáš svou profesi?
- x: Tak moje profese je specifická v rámci týmu, jako každá další, že jo. Jakkoli je koncipovaná pro všechny a dělám ji už vlastně dá se říct 15 let. Dělán to ráda a vnímám to jako... jako taky svoje poslání. Být nablízku lidem, kteří to dle mého názoru potřebují nejvíc a vlastně vlivem toho kde se nachází jsou mimořádně vděční. To jako není ten důvod, proč to dělám, aby byl někdo vděčný, spíš mi to právě proto dává smysl, protože vidím, že ta naše přítomnost je pro ty pacienty hrozně moc.
- s: Jak bys popsala Tvé vztahy s klienty? Dá se to vůbec vlastně takhle ohraničit?
- x: No. Já spíš... spíš možná bych mohla mluvit o nějakém nastavení, svoje sérum vůči klientům, které je prostě primárně jako naslouchající a přijímající, nebo jak to, jak bych to řekla, a ten vztah se vytváří, když je k tomu příležitost vlastně nějakých následných rozhovorů, ale i při prvním a jediném rozhovoru, který třeba s tím člověkem vedu, tak se snažím nějak dát najevo, že tam jsem v tu chvíli prostě plně pro něj a k dispozici k tomu, co je pro něj v tu chvíli důležité.
- s: A jak ty definuješ vztah? Vlastně co to je vztah?
- x: No. Vztah. Je to nějaké vzájemné jednání, které se nějak utváří v čase a kterým může mít... vzít na sebe jako různé funkce. Někdy to zůstane na nějaké té povrchní společenské rovině, takže se ten vztah vlastně jako tak jenom, je takové o'ukávání, ale někdy vlastně, když zavnímám, že ten člověk vlastně tu nabídku takového trošku jiného povídání nějak jako zachytí, protože něco potřebuje, protože je to pro něj nějak zajímavé, důležité, tak tam potom se může dostat i při prvním rozhovoru i docela hluboko, ale vždycky je to, to je prostě rozhovor od rozhovoru, nejsou dva stejné, nejsou přesné dva přes kopírák, a ne vždycky se samozřejmě takovéhle věci povedou.
- s: Pokud jsou nějaké překážky v komunikaci s klienty, dokázala byste je nějak pojmenovat?

- x: Tak překážek může být celá řada, někdy jsou to vysloveně prostě fyzické překážky. Někdy ten pacient špatně mluví, jo, stopy stomatochirurgie, někdy nemůže mluvit vůbec.
- s: A co vnímáš jako tu největší překážku?
- x: "Nevztah", nebo když vlastně o to nějakým způsobem nestojí, což se stává třeba tehdy, když jim jejich ošetřující lékař, nebo prostě ten, kdo nám zavolá, že potřebují někoho z paliativního týmu, většinou je to ošetřující lékař, špatně vysvětlí, kdo přijde. Někdy jim nic neřeknou a Ti pacienti potom, protože se nachází v křehké pozici, jsou někdy nepřístupní. Ale to je jen otázka praxe, jak i s tímhle poradit. Teď už se mi to vlastně nestane, že by mě to nějak vykojilo, což se mi na začátku stávalo, ale taky ne moc dlouho. A taky jsem se setkala někdy s velmi striktním odmítnutím, i když ne, ne často.
- s: Jak ventiluješ stres a jak překonáváš pracovní náročnost?
- x: No.. stres to je u mě stejný. Procházky. Chození teď v poslední době vlastně víc než dřív. A mám prostě takové sebepečovací rituály, když je to nějak hodně toho, tak koupel, (*smích dotazované*), jinak se sprchuji. Ráda čtu. Tak to je, takže já někdy se... a někdy opravdu třeba i detektivku, nebo něco takového, co mě opravdu odvede úplně... úplně někam do jiného světa.
- s: Propisuje se nějak tvoje profese do osobního života? Nebo jestli tady zavřeš dveře a...
- x: To má samozřejmě taky svůj vývoj. Když jsem pracovala s pacienty na hematoonkologii, tak to byly... to bylo dlouhý doprovázení jednoho člověka, často přes relapsy, a tam to bylo takový jako těžký a... už... prostě člověk se tam vlastně jako nějak... nějak navázu opravdu ten vztah třeba silný, protože jako opakovaný a ... tak tam to bylo takový hrozně těžký. Pak se mi ulevilo, když jsem přešla do nemocnice, protože ty kontakty nebyly tak časté, byla to kratší doba, bylo víc těch jednorázových intervencí, tak s tím se mi pracuje prostě jako lépe.
- s: Jo, to jsem se zrovna chtěla zeptat, jak dlouho tvá kontakt s pacientem.
- x: To se stává právě při takovýchto jako dlouhých nemocech a to tam bylo specifické.
- s: Na té hematoonkologii?

- x: Ano, ústavní hematologie a krevní transfuze.
- s: Rozumím, tam to s pacienty nebývá vždycky kontakt jen na pár dnů, jako na jiných odděleních vid'.
- x: No tak to jsou leukémie, ale tyhle ty potvorný nemoci a když pak jde člověk NA ty transplantace a pak se vrací s různými obtížemi s různými absrelapsama a prostě no... No to to bylo... to bylo hodně náročné.
- s: Napadá Tě ještě něco, co bys chtěla říct?
- x: Ta práce je hodně pestrá. Já vím, v tom, že jako nikdy člověk dopředu neví, s kým se potká, a nebo... tam je to hodně na škále, jako někdy jsou to věci velice jako těžké, protože je to opravdu člověk, který je sevřený bolestmi nebo prostě tím, že vlastně ví, že se jeho život naplňuje, ale někdy i přes tohle všechno prostě jsou ty rozhovory satisfakční, vlastně, jo, že vlastně jako natolik... natolik je tam zpětná vazba, že tedy to bylo důležité, že to nějak jako bylo potřebné, že to tomu člověku v tu chvíli opravdu nějak pomohlo. Je to občas, je to občas, ale když to pak přijde, tak je to takový... takový jiný, no to pak jako hodně člověka podpoří v tomto.
- s: Já jsem se setkala i s tím, že se lidé ptají, tedy, že se ptají lidi, kteří nejsou z oboru vůbec paliativní péče, že se ptají "ježišmarja a jak zvládáš tu smrt?". Já to třeba беру taky jinak, taky nevím vždycky, jak na tuhle otázku moc odpovědět, protože to tak nevnímám, že je to nějaký konec, nebo že je to smutné. Jak to máš ty?
- x: Jako taky to mám jinak, jako nějak tu lidskou smrtelnost mi nikdy nevadilo tematizovat, pojednávat. Já jsem měla babičku, která o tom mluvila každý den "no to víš, A..., až já tady nebudu" a jako denní chleba to byl, jo, a já jsem nějakým způsobem, tak asi přirozeném, řekněme, tím kontaktem prostě s touto babčou, jsem prostě nějak to takhle přijala, což je jakoby ale jedna stránka věci, druhá stránka věci je samozřejmě, že ve chvíli, kdy se to začne týkat někoho blízkého, tak pak člověk ztrácí trošku ty psychoobrany a začne se ho to setsakra dotýkat jako jinak, mám tu zkušenost na několikrát. Jo, takže, a jsou prostě lidi s různou, jako s různými psychoobranami, takže jsou lidi, kteří proti tomuto vlastně jako nemají žádnou, a proto je to téma prostě vyhazuje z konceptu, a vůbec si nedovedou představit, že by se pohybovali v

blízkosti toho tématu vůbec. Nebo že by, jo... takže myslím si, že to je opravdu vždycky o tom člověku, o tom, jak se k tomu vztahuje on. Já samozřejmě už teď vím, že mě to opravdu může sejmout takhle, když se začne prostě dít něco hodně blízko mě. Tak tam pak ty psychoobrany ztrácím i já a musím s tím nějak pracovat a musím se nějak ošetřit, a tak.

s: A to se děje kdy, to je to, jak jsi říkala u toho delšího pacienta třeba?

x: To jako bývávalo, to už teďka vlastně nemám, ale teď jako teď to spíš myslím tak, že když se děje něco s někým mým hodně blízkým, jako že... nebo doprovázela jsem svojí kamarádku, která umírala prostě na rakovinu prsu. Tak to jsem pak byla taková, jsem si říkala, jsem v té práci jako obnažená. Že jsem vlastně v ten... no jo, tak takhle to funguje. Prostě aspoň u mě.

s: Bavily jsme se o překážkách v pacienty, napadá tě překážka, která je v rámci organizace?

x: Tak samozřejmě tam může být překážek jako celá řada.

s: Která tě zrovna napadne, která se Tě dotýká.

x: Jako jsou technické překážky, které... a jako myslím si, že to posouvá, že na těch odděleních dřív prostě vždycky byla na prvním místě jako.... musí se udělat, tohle tohle tohle tohle, a pak se to vysvětlí. A nebo, vždyť se jim to vlastně... nebo my prostě... oni to pochopí časem, že vlastně jako ta komunikace s tím člověkem, s tím pacientem, i s jeho rodinou případně, se odsouvala, že to vlastně je něco, co až když na to bude čas, no a on na to pak ten čas třeba vůbec není. Jo, takže to si myslím, že je jako největší překážka toho, aby vlastně se ty lidi jako dozvěděli to, co je potřeba, aby věděli předem trošku, co se s nimi bude dít, aby měli nějaký prostor vůbec třeba se i rozhodnout, když je se o čem rozhodovat, taky to dřív bylo tak, že se vlastně moc pacient nerozhodoval. Prostě takhle to je, pan doktor to ví, jo, to se teď hodně mění, že jo, to už teď tak prostě jako vlastně není, ale ten čas k tomu, aby se ty varianty mohly probrat a aby vlastně ten pacient se v tom zorientoval, tak to prostě pořád vlastně se hledá, jak to uchopit, a ten paliativní tým, jehož já jsem součástí, tak vlastně jako ukazuje trošku jak na to, a i v té časné paliativní péči vlastně jako ukazuje, jak se dá vlastně s lidmi těžce nemocnými, o kterých se ví, že je jednou někdy ta nemoc prostě zahubí, ale jak vlastně jim to, že se jim prostě lékaři věnují, že jim věci vysvětlují, že jim dávají na výběr, že s nimi konzultují prostě

důležitá rozhodnutí, takže jim vlastně jako přidává čas, přidává jim dobrý čas s rodinou doma, jo, že to opravdu má velký smysl.

s: A myslíš, že tohle bude do budoucna jako pořád píseň paliativního týmu, nebo že se to pomalu přesune na ty lékaře? Teď myslím v tom smyslu, že je limituje čas, nemohou si povídat s každým pacientem na oddělení hodinu.

x: Já jsem tedy, musím říct, skeptická, a víš proč? Protože demografie.

s: Aha a jak konkrétně?

x: Protože bude ubývat doktorů a bude přibývat starých lidí a potenciálních pacientů. A to tak jako že jako že výrazně hodně už teď to vidí všichni jako velký problém a vlastně nikdo si úplně jako neví rady. Jako co s tím. Takže já v tomhle nejsem vůbec optimista.

s: To je skvělé uzavření rozhovoru, taková úvaha, moc Ti děkuji. Ještě nám zbývá poslední otázka a to, co Tě motivuje na této práci?

x: Protože mi to všechno dává velký smysl. Ta lidskost.

s: A jak vnímáš pracovní prostředí?

x: No vidíš, to je jedna z věcí tady, myslím jako na tomhle oddělení, že jsme všichni na jedné lodi.. teda ne v ponorce (smích). A taky co je důležitý, jaký máme přístup ke vzdělávání. Na to se tady hodně dbá a taky nás v tom vedení hodně podporuje. Však víš sama.

s: Jo, to jo, to je něco úžasného. No já myslím, že pro dnešek máme splněno. Holt to vzdělávání pořád (smích). Díky [REDACTED]

x: Rádo se stalo.

Respondentka Y

s: [REDACTED] děkuji Ti za Tvůj čas. Můžeme se vrhnout hned na první otázku?

y: Můžeme, pojďme na to.

s: Dobře. Jak vnímáš svoji profesi? Celkově. Co tě napadá, když tohle řeknu?

y: A jako o profesi jako svoji pozici tady v paliativním týmu, teda v podstatě, se dá říct, nebo celkově sociálního pracovníka, celkově profesi.

s: Celkově profesi.

y: Tak když budu mluvit o té profesi sociálního pracovníka. Nebo zdravotně sociálního pracovníka, tak určitě stran jakoby práce paliativního týmu ji vnímám jako směrem k pacientům a k rodinám jako podpůrnou. Protože jsou to rodiny a pacienti, co se prostě nacházejí mimořádně náročných životních situacích. Takže určitě podpora. A potom orientace určitě v informacích stran různých služeb. Možností vlastně návazný péče. Tak vlastně je to tak, že máme snahu nezahltit ty klienty... nebo pacienty, ne klienty, a rodiny a těmi informacemi, takže jakoby mně se osvědčilo hodně se zeptat na to, co už, jaké informace mají nebo co si zjišťovali. Mám pocit, že je to trošku nemoc sociálních pracovníků, že zahlcují strašně. To se mi teda fakt osvědčilo, to trošku hlásím, a to jako fakt jsem si hodně chytla jo i od svých spolužaček z vejšky tady, takže jako tohle, takže určitě podpůrně. Orientaci, jakoby v možnostech té následné péče, a to bych řekla, že tady jako za tým asi. A potom určitě na nás padají takový řešení mimořádných situací, třeba stran pacientek. Hlavně se to týká maminek anebo si pamatuju i jednoho tatínka nemocného. Jakoby jsem péče o děti vlastně po úmrtí, jo, takže spolupráce s OSPODem. S různými... a řekla bych, že sociální pracovník týmu je takový styčný důstojník, trošku v kontaktu jako s jinými službami, s veřejností, když to tak řeknu, s úřady a tak, že vlastně asi komunikujeme nejvíc jakoby směrem ven z nemocnice, dalšími osobami, takže to bych řekla, že no, když bych z toho shrnula, no já jsem jmenovala jenom tu jednu mimořádnou situaci, ale určitě jich je víc. Jako mě napadá hodně péče o ty nezletilé děti, asi je to taková jako mimořádk. No a [REDACTED] by ti určitě řekla, že jakoby pečuje hodně v rámci stomatochirurgie o ty lidi bez domova, jo, to je taky jako balík sám o sobě.

s: Stomatochirurgie zrovna?

y: Ona je vyloženě sociální pracovník pro stomatochirurgickou kliniku. Ona je půlka úvazku tady a půlku úvazku pro nemocnici pro stomatochirurgii a tam mají hodně pacienty, co se rekrutují prostě z ulice nebo opravdu jako sociálně hodně slabé rodiny a tak, takže to je, no, taky zajímavá generace.

y: S [REDACTED] se potkej stoprocentně.

s: Skvěle, pojdme na další otázku, jak bys popsala vztahy s klienty? Vlastně co to pro tebe znamená.

y: Tak na tom asi stojí to, co mě jako naplňuje a baví při téhle práci, jo, asi sedět u počítače a vypisovat a sepis... no kolonky nebo vyplňovat formuláře to k tomu patří, to jako...

s: Jasně.

y: Ale, ale určitě je to takový základ asi toho, proč to dělám. A jak bych je popsala? Asi vždycky jako jak o tom mluvila ráno A, pro mě je prostě hodně, jakoby asi v tom našem úvodu paliativní medicíny je hrozně důležitý ten laskavý přístup jako, mít laskavost jako v sobě směrem k těm lidem a, to bych řekla, že umět jim naslouchat a nepřinášet tam příliš sám sebe prostě no a být tam pro ně v tu chvíli, protože každý to máme jinak prostě, máme jiné prožívání. A i vlastně v kontextu té nemoci to máme, a nebo za blížícího se závěru života máme každý úplně jiné prožívání, tak jako respekt určitě k tomu, jak to ten člověk přede mnou má.

s: A dokázala bys říct nějaké překážky, které...

y: Překážky?

s: No v té komunikaci s těmi klienty třeba nebo vůbec s tím vztahem s nimi.

y: Překážky, hele, možná úplně na začátku jsem měla technický překážky stran třeba že pro mě je trošku problematičtější komunikace s lidmi na ventilátorech jakoby, co opravdu na tebe můžou jenom, musíš pokládat uzavřené otázky, můžou mrknout očima třeba jo a na neurologii nebo,

tak to pro mě jako já ač jsem zdravotník druhou částí, že, tak jako to není úplně něco, co umím, takže to jako vždycky jsem ráda, když můžu s někým z týmu jít a nebo. Takže fakt musíš dobře jako formulovat a pokládat otázky, když fakt někdo, když máš před sebou člověka, co na tobě, jenom, co ti může odpovědět mrknutím očí, anebo u pacientů trachostomovaných, pokud nemůžou psát třeba, takže spíš tyhle technický jako překážky technického rázu asi, jinak mě žádné jiné nenapadají.

s: Co třeba, když je někdo nepříjemný, nepřístupný, agresivní třeba.

y: Já jsem hodně vycvičená z té [REDAKCE] a tady se s tím potkávám daleko míň, protože po tom telefonu v [REDAKCE] jsem se potkala s tím, že fakt jako byli až agresivní ve chvíli, kdy třeba nebyla kapacita k přijetí jakoby toho jejich blízkého, což je hrozný stres, že jo, pro ty rodiny, takže uměli to takhle pustit, jako měli by. Zase v té nemocnici tím, že je tady prostě bohužel, teda si myslím, vládne trošku takový ten hierarchický model, prostě ty jsi jako na návštěvě v nemocnici v podstatě, co by ten... ta rodina. A ty zdravotnice leckdy používají jako dost direktivní takový jako metody komunikace. Tak mám pocit, že jsou takový jako trošku upozaděnější v těch potřebách ty rodiny, jo, nebo potřebách v tom svobodu toho jako svobodně projevit emoce a fakt jako dát volně průchod té frustraci. Jo, že mají z toho obavy větší, že se drzejí zpátky a kolikrát je podporuji v tom, jako že řeknu, teda já si říkám, že v téhle situaci bych fakt byla našťvaná. Jo, že naopak, jako my potřebujeme ty emoce dostat ven, že nám nevádí, když ten blízký třeba fakt jako, prostě ti nahlas řekne, že to je totálně na ho... Jo, to máte pravdu, prostě, mě už to fakt jako s... Takže my... my jako vítáme emoce, jo, pro nás je horší to zamrznutí a to, když tam nejsou, a nebo se mají obavy projevit. Takže vlastně asi pracujeme trošku jinak, možná než... No takže tohle asi a že bych jako s otevřenou agresí ve smyslu nějaký jako vulgarit nebo jako fyzických útoků jsem se nesetkala. Možná se dočkám někde, ale zatím ještě, ještě ne.

s: Skvělé, děkuji a chtěla bys dodat ještě něco? Pokud ne, mohla bys mi říct, s jakými dalšími překážkami se setkáváš?

y: Hele a co pro mě je strašně problematický, ale jako jsem jako ne úplně nemocniční zdravotník a tak, někdy komunikace s personálem jako anebo když vidím, že si někdy ta péče neprobíhá tak, jak bych si pro toho pacienta pro sebe představovala, tak to někdy v tomhle mám asi největší diskomfort, to nemocniční prostředí, jo, a to, že si vždycky říkám, prostě my jsme tady

dobrovolně v těch mundurech, a oni by si mohli... kdyby si mohli vybrat, tak tady nejsou. A taková ta mocenská pozice těch zdravotníků. To je třeba moje téma. To mě jako trápí hodně, takže...

s: Aha, aha.

y: Ta nerovnováha v tomhle, tak to mě asi jako štve.

s: Super. Jo to je dobrý poznatek, to je... to je fajn. Co mě k tomu napadá je, jak tohle všechno ventiluješ? Jak ventiluješ stres a jak překonáváš pracovní náročnost?

y: To máme každý úplně jinak, že?

s: Jo, to jo.

y: Já se učím až teďka ten pohyb, jako rychlé procházky, rychlá chůze, skákání, rychloběh na místě, co nás učí, je skvělý a určitě dechová různá cvičení.

s: A to děláš doma nebo tady?

y: Tady spíš a pak třeba cestou domů, že se projdu jako dojdou si pěšky, a... pěšky a jinak já nejsem sportovec vůbec, takže spíš ventiluji... vypovídám se z toho, i doma, chudáci, musí občas poslechnout, vyslechnout leccos, kamarádi, jako ne konkrétní kauzy, ale jako moje emoce. Občas.

s: To je dobrý.

y: Ale určitě ten pohyb je skvělý, no.

s: No vidíš to, a co Tě u toho drží, teda, u té profese, nebo co tě motivuje zůstat.

y: No, motivuje zůstat, asi je to... vždycky se to stáčí k tomu pacientovi, že vlastně já nedokážu ovlivnit tu trajektorii té nemoci a já nedokážu vlastně ovlivnit tu situaci ve smyslu, že bych mohla zařídit, aby to pro to pro toho pacienta rodinu bylo jinak, aby nemuseli zažívat tyhle

těžký chvíle, ale můžu je možná v něčem ulehčit, nebo... nebo... No asi možná to... nějak tím provést. Možná jsme takoví průvodci, já se možná víc považuju za toho průvodce tou situací nebo jednoho právě našťestí v rámci týmu jednoho z průvodců a to je hrozně jako fajn. To, jako to mě baví i vlastně a ta práce v týmu jako je super v tomhle no.

s: A nosíš si to domů? Myslím když ti zemře pacient... dotýká se tě to někdy?

y: Už ne. Už si to nenosím domů.

s: Ne. A bývalo to tak?

y: Jo jo, určitě třeba v [REDACTED] jsem si tahala víc ty příběhy.

s: Jo?

y: Jako to bylo velmi intenzivní. To jsem myslím prolínala práce a život úplně jinak, to...

s: Jo a jak?

y: To nefungovalo vůbec. Já myslím, že to bylo tou intenzitou.

s: Přehlceno?

y: Tou intenzitou, přehlceností a vlastně prostě máš víkendovou službu. Od pátku odpoledne do pondělka a jsi u pěti úmrtí třeba, a to fakt jako jsi, jako to je hodně jo? V tomhle počtu, myslím, že tady to ta zátěž a to přehlcení jako nehrozí tolik při té naší práci tady v nemocnici teda, jo, a když už hrozí, tak si to umíme tady pojmenovat, říct, a říct si o pomoc třeba, že tam to nešlo moc jako.

s: A jak to, že tam jste byli u tolika úmrtí?

y: Jsou v strašném záprahu jako v [REDACTED], no, byli před tím časem, když jsem tam pracovala, že prostě hodně toho vydrží, jsou hodně odolní jako.

- s: A že jsi byla jako zavolaná přímo? Tys byla vlastně i tam zdravotně sociální pracovník?
- y: No, v rámci pohotovosti, toho, když přebíráš vlastně v pátek ti všechny sestřičky odreferují pacienty, třeba 20 pacientů, 22, a sloužíš ještě s kolegy, jo, s jedním dětským a stejnou příslužbou. Ale vlastně máš ten telefon a vlastně ti to všechno řeknou, medikace, to, a až do pondělního rána už ti ty rodiny volají jenom na tvoje... na tvůj telefon, jenom tobě, a můžeš se různě jako přepojit, třeba na chvílku se vyspat, nebo tak na kolegyni přepojit a tak, na příslužbu, ale jinak vlastně jezdíš do rodin vždycky, když se něco děje, a nebo když tam dojde k úmrtí. Takže opravdu, a teď při tom počtu a při té křehkosti těch pacientů byly třeba úplně běžný 3 úmrtí, 4, 5, prostě za víkend, jo, někdy... někdy i víc.
- s: A v čem je to vlastně?
- y: A ty sbíráš tu energii.
- s: V čem je to konkrétně vysilující?
- y: To vysilující?
- s: To, co tě vlastně na tom vysiluje?
- y: Myslíš vysilovalo? Já už to...
- s: Vysilovalo. Vysilovalo.
- y: Jako že jsem, tady vlastně nejsi přímo u těch úmrtí, třeba konkrétně se to neděje, tady vlastně jako ty pacienty buď přeložíš dál, domácí hospic, lůžkový hospic, a občas dojde k úmrtí na oddělení. A to je spíš jako rarita, nejsi u toho, a pro mě to jako, jako určitě to je asi pro mě třeba fakt jako energetická záležitost, že prostě jsi třeba 2, 3 hodiny v rodině, kdy někdo zemřel. Jedeš se všemi ty emoce, jejich pláč prostě srdcervoucí, fakt je to pro ty, ty blízké, ty tam pro ně jsi jako takový trošku krizový intervent, sestřička v jednom, jedeš domů a po cestě si zavoláš z druhé rodiny, že jedeš, a jedeš to třeba pětkrát za víkend. Tak když si to představím jako tak, je to jako zátěž.

s: Jako to jo.

y: Takže jako jo tak vlastně v tomhle, no v té intenzitě možná.

s: Rozumím.

y: Jo, a do toho nějaký akutky jedeš, že jo, jedeš pro doktora a rychle píchnout punkci něco prostě a do toho zase další úmrtí. Takže takhle jako, jako jedeš v kuse, no tak vlastně v tomhle, což tady fakt se neděje. Tady se neděje, tady maximálně třeba máš víc konzilií, ale prostě zase odvedeš si práci na oddělení, někdy i náročnou komunikační nebo tak, ale jdeš, můžeš to rozdýchat, cestou si koupit něco a víš, že už prostě... Je tady i víc jako naprogramovaná ta práce, jo, nebo má nějakou občas běžíš na nějaké konzilium, kde vlastně, které není úplně plánované, ale neděje se to tak často. Jsi tam vlastně, nevíš dne ani minuty, kdy Ti někdo...

s: Aha. A v té ".....", tam jezdil kdo?

y: No, sestřička, doktor a právě podpůrný tým byl k dispozici přes víkend. Právě aby takhle jako dobře měnil zdravotníky a dal podporu do rodin, kde se vlastně tohle dělo.

s: Ta intenzita.

y: Ty příběhy jsou hodně podobný, že jo. A tam jsi blíž závěru života opravdu, tomu finále. Tady jsme často jako z hlediska té trajektorie nemoci na začátku, časně, přesně po diagnóze, no, se potkáš s rodinou.

s: Tak proto.

y: Jsou tam zase jiné emoce.

s: No, tak já myslím, že mám všechno, co potřebuji.

y: To je celé?

s: Ano, to je celé, moc Ti děkuji

y: Já děkuji.

Respondent Z

s: Jak vnímáš svou profesi.

z: No, to je těžký jako jak, jako z jakého pohledu, že jo.

s: Z tvého, co tě napadne.

z: Ale jako myslíš jakoby profesi, má se to týkat paliativy.

s: Ano, paliativy a sociální práce. Ano, sociální práce.

z: Tak to je těžké. Protože jako si myslím, jako že sociální práce má jakoby v různých oborech.

s: Paliativy.

z: Takže profesi. No a zase jakoby otázka jako jestli v týmu nebo jestli povedeme jakoby pacientům víc jako, protože já vím, jako že to mám vnímat já. Nicméně si myslím, jako že o té práci si myslí jakoby něco jiného pacienti. Něco jiného to je to...

s: No a co si o té práci myslíš Ty? Proč třeba sis ji vybrala? Takhle to myslím.

z: No, tak já jsem jí dělala předtím, že jo, a myslím jako nebo viděla jsem to, vidím to tak, že pacienti v stádiích nevléčitelných nemocí nebo prostě ve složitých situacích potřebují prostě pomoc vlastně nejvíc ze všech. Takže zhruba takhle.

s: Co tvé vztahy s klienty.

z: Tady se neříká klienty. Je to jakoby k tomu jo, že klienty neslyšíš v nemocnici.

- s: To ne, ale teda ono se to někdy používá. "Klient" třeba jako když vezmeš domácí hospic a tak, tak tam je to víc možná, ne, klient, nebo?
- z: Jako vždycky v sociálních službách je to.
- s: Jo, že jo. A tady v nemocnici, je to prostě pacient.
- z: Je to pacient, to je taky jako na okraj. Jen že jako mě to uhodí, víš jako hned jako. Je to jiné.
- s: Že jo, no já vím, no. Je to divné. Já jsem na to zvyklá ale...
- z: Ale v starých skriptech to je taky jako otázka jako taková, že buď by tam mělo být jako něco specifikovaný, protože je to hrozně různý.
- s: Abych se tedy lépe vyjádřila, zajímalo by mě, co Tě v tomto kontextu napadá, když se řekne vztah s pacientem.
- z: No jakoby já jako já tomu rozumím, ale já jen chci říct jako, že záleží jako na situaci případ jako od případu, protože... a já tam jakoby vnímám hlavně jako to časový hledisko, protože je úplně jako jiná věc, kde to je. Vztah s pacientem jednorázový, to znamená, že tam jako na jedno konzilium, udělil na jedno konzilium. Udělám pro něj, co můžu, on odchází za dva dni domů do hospice. Takže jako ten vztah, stejně tak dejme tomu může být jako dobrý, vřelý, kvalitní a tak dále, nicméně jako je to jen jednou, a to se ti nikdy nepodaří vybudovat jako ten vztah jako tak, jako když vlastně jakoby máš v dlouhodobé péči toho pacienta. Takže jako já to jakoby vnímám, jako že to časový hledisko a ta intenzita jakoby, s kterou se jako setkáváš s těmi pacienty, že to je jako základ, ale jako ne jeden, že jako někdy můžeš jít pětkrát k někomu, s kým nenavážeš prostě jakoby tak dobře, jako s různými jinými...
- s: No, ano.
- z: ... to jde, že jo. A že někdy prostě jakoby po prvně vlastně jako získáš tu důvěru a jako jde to, ale to není, to spíš není pravidlo.

- s: A teď jsi to právě hezky navázala na to, na ty překážky v té komunikaci, třeba, jak jsi říkala, že s někým to lze navázat, s někým ne, tak dovedeš si vzpomenout na nějaký případ, kdy se to třeba nedařilo a proč?
- z: Že to tam může hrát roli jakoby spousty faktorů, že někdy jako je to už jen jakoby situace, ve které přicházíš, že jo, nevíš, co se stalo předtím, nevíš, co se stalo, jakoby den před, dva. A pokud ti to ten klient neřekne nebo personál, tak nevíš, že jo. Takže jako jo, to znamená, že se mohla, nevím, pacientka nebo pacient dozvědět cokoliv, jakoby blbého, zatěžujícího. Neřekne to, že jo, a má prostě jako tam stopku a dejte už mi všichni pokoj, takže jako jo...
- s: Něco dalšího krom toho.
- z: Takže to pak to může být prostě jakoby úplně jakoby základní jako ladění, že jakoby může to být prostě jako introvert, který jakoby vůbec prostě jakoby těžce přistupuje na otevřenost jakoby vůči prostě jako druhým, okolí, a navazuje hůř prostě kontakt. Toho svého prostě jako ladění, no a pak to může být jako možná klidně, jako že něco neuděláš dobře, že jo?
- s: Jako třeba.
- z: Jako třeba nevím, že...
- s: Co se tak může stát?
- z: Že jakoby buď jako osobně, nebo jakoby profesně, to znamená, že někdy možná z dobrý vůle nabídneš jako nějakou službu, že jo. A ten pacient se urazí, že řekne, že jako jak já jako, jo, jste se... já nikdy neumřu že jo. Vlastně to bylo včera. Anebo prostě... Nevím, přijdeš nebo se usmíváš... nevím. Možná to zní jako absurdně, ale jakoby může se stát, že se usmíváš, protože buď je to tvoje přirozenost, nebo chceš na naladit nějakou atmosféru, a klidně ti může říct, jako vy se tady na mě smějete. Já prostě teď jsem dostal informaci, že to mám za pár a vy se smějete.
- s: A máš nějaký i univerzální třeba recept na to, jak třeba se dostat blíže k těm introvertům
- z: Hele, jako, já jsem jakoby primárně, jako to není, jakoby mojí cestou nebo jako mně to jako nedává smysl, jakoby někoho takhle jakoby předělávat, že jo. Spíš je to tak, a to se jakoby mi stalo, a to je možná vlastně skrze profesi, že si pamatujeme pacienty, který odmítali vůbec

kohokoliv z týmu, včetně jakoby lékařů, ze svého, podporu, vůbec, jakoby neexistuje. A nicméně jakoby pak třeba já jsem jim přinesla jako nějakou hmatatelnou podporu, to znamená, tomuhle pánovi, který měl nějaký jakoby malý dvojčata, že jo, jako samozřejmě a nebylo to při první návštěvě, ale, že jo, musel si to promyslet, musel se cítit jakoby bezpečně a že ne že tohle nejsou takzvaný jako špatný zprávy, že jo, když se mu nabídla dobrého a dělat nějakou jakoby podporu. Tak pak to bylo s ním úplně krásná spolupráce, ale je to nadále jakoby odmítal ostatní jakoby profese, přesto že tohle jako tam rozkvetlo, protože jakoby on chtěl jakoby něco dobrého, že jo. A něco ještě ke všemu, co mě může, jakoby prakticky a... myslím si, jako že na to má právo každý, ale prostě jako nechtěl slyšet třeba asi možná špatný věci. Nechtěl plánovat. Kdyby bylo ještě hůř, než je, tak prostě jako takhle. Takže jako tohle se stalo a asi myslím, jako že to bylo vlastně jako díky profesi, nebo jako díky tomu, že by člověk jakoby mohl nabídnout jakoby něco dobrého a... prakticky dobrého, jo.

- s: A když třeba máš nějakého složitého pacienta, v tvých očích složitého, to je má každý jinak, neseš si to někdy domů, nebo to necháváš?
- z: To mám hrozně často, to neumím si to svléknout jako kabát, nebo mně to nejde. Já vím, že je to možná zdravý a má se to, ale já to neumím.
- s: A myslíš na ně v jakém smyslu? Jako že ti jich líto nebo?
- z: Podle toho, co tě tam, jakože cinkne, že jo. Někdy si říkám ježiš taková pomněnka, to je prostě jakoby blbé. Někdy, že tak aspoň tohle jsme udělali, je prostě jako... No někdy jako samozřejmě jakoby jsou to osobní věci, nebo jako víš, že ti tam cinkne jako musí se to stát. Tohle to je prostě jako hrozné. Leccos. Ale jako fakt to nedokážu, tady je odstříhnu a jít dál, a tady je krásně, a jako bych, chtěla bych, protože nebo považuju to za lidské, že když se tě něco jako hodně dotkne, že prostě to nemůžeš tady svlíknout jako plášť, že jo, ale jako zároveň jakoby vím, že tohle jako taky není moc zdravý. Jo, že těch se tím zabývat v myšlenkách nebo tak, ale. Ale je to tak.
- s: A jakým způsobem zvládáš stres nebo pracovní nepohodu? Jaké máš metody, nebo prostředky, které ti pomáhají se uvolnit a cítit se líp? Co konkrétně používáš?

- z: Hele to víš jako že těch teorií známe, ne, plno, ale většinou se k tomu prostě jako nedostanu k něčemu k tomu, co je doporučované, co zřejmě funguje a tak jako nějaké meditace. Jo to jo. A tak. Takže to spíš si myslím jako, že je to jakoby věci, které prostě jakoby mě těší. Jo, to znamená jako že jestli potřebuješ jako zdroj kulturu, což mám třeba jako já, takže jakoby mně pak pomůže vlastně jako nebo... nejen se odklonit, ale prostě jakoby vlastně žít něco jiného, třeba divadelní představení nebo film, nebo prostě jako hudbu. Jako určitě jako asi by mi pomohlo, nevím, nebo asi je fajn, pohyb, že jako by to určitě, nicméně jako na to já nemám prostě jako kapacitu energii, hlavně jakoby v tom smyslu já nebydlím nikde u lesoparku nebo něco, takže jako nikam se ještě vyvážet se tu večer u Šárky nebo něco a tam pobíhat a prostě je jako nad mou kapacitu. Takže jako asi tohle prostě jako zkusíš se jako držet toho, co tebe vlastně jako sytí nebo baví nebo co takového?
- s: A mám teda otázku, co tě motivuje zůstat v práci, což tak trošku vybízí v tom, že bys měla odejít, ale nemyslím to tak.
- z: To není jakoby úplně blbá otázka, protože jako to mně přijde úplně jako legitimní, když tak to by mě nenapadlo, že to implikuje něco jako...
- s: Tak to je jenom dobře.
- z: Jo, jakoby nevím, jakoby pořád jako tam asi jakoby převažuje jako ten pocit jako toho nebo jako i ta zpětná vazba fakt jakoby od některých jako lidí, že jsem prostě nějakým způsobem i byla prospěšná, zlepšila jim nějakou část života, nebo ... uklidnili se prostě, jako že jsou tam prostě jako kvality, který jsou jasně ale spojený s mojí prací, chci říct. Jo, že to jako není jako jen o tom, nebo taky jsem ráda, že je spokojený, že dneska byl dobrý oběd, ale jakoby pokud teda se bavíme jakoby o mé práci, tak jasně obecně spokojený pacient, ale jako je důležitý, že prostě jakoby vídám to, že skrze mojí pomoc prostě mají nějakou ulehčenou část jako života.
- s: Jo to je hezký, tak to je smysl, že jo, toho nebo to je ten smysl...
- z: Plus samozřejmě kolektiv, jako tady. Víš, jo, to je, jako je taky jako hrozně jako důležitý. A protože člověk zažije jako leccaký jiný, že jo? Kdy prostě... Takže jako tady je třeba pro mě důležitý, že vlastně jako sdílíme nějak, že jsme jiný a každý máme úplně jiný věci jako v hlavě. Ale jako, si myslím, víš jako, že hodnotově, nebo tak si myslím, jako že sdílíme jako stejný

věci. A to mi přijde jako taky důležitý. Takže v podstatě jako bych taky, jako to je motiv, jo, možná jako.

s: A co v organizaci, jsou tam nějaké překážky, které ti třeba brání v té tvojí práci dělat ji tak, jak bys chtěla?

z: Hele to si myslím jako, že je jednoznačně jasné zase, ale jak... druhá věc je, že jsem jako já se musím vlastně vrátet k tomu, že se bavíme jakoby tady jakoby o tomto pracovišti, jo, protože jako jsou to diametrálně prostě jako jiné podmínky k práci. To mě jakoby vlastně jako šokuje i jako.

s: A to je dobrý to porovnat.

z: Jako no ale to není téma pro tebe.

s: Klidně můžeš, zajímá mě to.

z: Ne, ne, ne. Jenomže jakoby někdy je to jako to je, to je asi jako tou strukturou. To se někdy jeví věci jakoby těžkopádný, víš? Takový, že než sem něco povolí a nikdo nevíme, to tady nikdy nebylo, nevidíme, jak se na to budou tvářit. Nevím, ředitel, přednostové a tak, takže ale jako tak to je daný tím, jako že je to jako moloch, že jo, protože toto je ještě jakoby k tomu jako státní a tak, a že je to prostě jako svázaný, jakoby myslím, různými předpisy, víš?

s: A když to porovnáš s tímto paliativním týmem a s tím ostatním, co děláš v nemocnici?

z: No tak tady je to zase jakoby o 1000 levelů jakoby lepší, že jo, jo, protože jakoby i takový to... nevím... tady se třeba jakoby staraj se tu jakoby o lidi ve smyslu... mmm blbý podmínky, tak se sežene, jak se tomu říká...

s: Žaluzie.

z: ... třeba... nebo tohle, jak fouká.

s: Jo, klimatizaci, jasný, aha, jo. *(Smích)*

- z: A nebo, jako když zřejmě jakoby máš zájem o nějaký vzdělávání, nebo jako něco jako vymyslíš, tak jsou jako trochu otevření a tak. A to já jsem fakt nezažila. To když jakoby přijdeš tam je nevím... třeba když 70 let starý koberec, totálně děravý, prošlapaný, že jo.
- s: No a přitom se jedná o stejnou instituci.
- z: To je jako divný, ne?
- s: No. Právě.
- z: No, já si myslím jako prostě, jako že je to jako lidmi, vedením a kteří jsou nějak nasměrovaní, že jo, protože je hrozně důležitý, že tě podporují v tom, že se chceš vzdělávat, nebo se jakoby o něco zajímat a někde to může být taky jako nechtěný. To ale u nás máme vážně štěstí, tady je to fantastický. Třeba teď přišla další nabídka vzdělávání.
- s: To je skvělý. Napadá Tě ještě něco, co bys chtěla zmínit?
- z: Ne ne, asi jsem řekla všechno.
- s: V tom případě děkuji.

Informovaný Souhlas k Použití Záznamu Rozhovoru pro Bakalářskou Práci

Jméno a příjmení respondenta:

Datum:

Účel výzkumu: Jsem studentkou Pražské vysoké školy psychosociálních studií, obor Sociální práce zaměřená na komunikaci a aplikovanou psychoterapii a provádím výzkumnou sondu pro svou bakalářskou práci na téma Postavení sociálního pracovníka v paliativní péči. Cílem této výzkumné sondy je hlouběji porozumět tomu, jak sociální pracovníci vnímají svou profesi, jejich vztah ke klientům a motivaci setrvat v této náročné práci.

Popis procesu: Rozhovor bude nahráván a následně přepsán. Záznam bude použit výhradně pro účely této bakalářské práce a bude uchováván v souladu s předpisy o ochraně osobních údajů.

Dobrovolnost a možnost odstoupení: Vaše účast je zcela dobrovolná a můžete kdykoli odstoupit bez jakýchkoli sankcí. Pokud se rozhodnete odstoupit, všechny údaje získané z vašeho rozhovoru budou zničeny.

Anonymita a důvěrnost: Vaše identita zůstane anonymní. Všechny osobní údaje budou odstraněny nebo kódovány, aby nebylo možné vás identifikovat.

Práva respondenta:

- Máte právo klást otázky týkající se výzkumu před, během a po rozhovoru.
- Máte právo obdržet kopii této dohody.
- Máte právo odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, která vám není příjemná.

Kontakt pro další informace: Pro další informace nebo otázky můžete kontaktovat mě, Michaelu Růžičkovou, na e-mailu michaela.frelichova@gmail.com.

Souhlas: Svým podpisem potvrzuji, že jsem si přečetla výše uvedené informace, porozuměla jim a dobrovolně souhlasím s účastí v tomto výzkumu.

Podpis respondenta:

Datum:

Podpis výzkumníka:

Datum:
