

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Teologická fakulta**

**Katedra teologických věd**

## **Bakalářská práce**

### **Přínos sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního hospicového týmu**

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ing. Tomáš Veber, Th.D.

Autor práce: Veronika Ševčíková, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: třetí

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Písku dne 20. dubna 2020

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. et Mgr. Ing. Tomáši Vebrovi, Th.D., za cenné rady, připomínky, důslednost, trpělivost a metodické vedení práce.

# Obsah

Úvod.....	7
1 Umírání a smrt .....	9
1.1 Umírání .....	9
1.2 Fáze smutku podle Elisabeth Kübler-Rossové .....	10
1.3 Modely umírání .....	12
1.3.1 Domácí model umírání .....	12
1.3.2 Institucionální model umírání .....	13
1.4 Potřeby umírajících.....	14
1.4.1 Sociální potřeby.....	15
1.4.2 Biologické potřeby.....	15
1.4.3 Psychologické potřeby.....	16
1.4.4 Spirituální potřeby .....	16
2 Paliativní a hospicová péče.....	17
2.1 Paliativní péče .....	17
2.1.1 Obecná paliativní péče .....	17
2.1.2 Specializovaná paliativní péče .....	18
2.2 Hospic .....	18
2.3 Hospicové hnutí v ČR.....	20
2.4 Formy hospicové péče .....	22
2.4.1 Domácí hospicová péče .....	22
2.4.2 Lůžkový hospic .....	23
2.4.3 Hospicový stacionář.....	24
3 Sociální práce v hospicové a paliativní péči.....	24
3.1 Definice sociální práce.....	24
3.2 Dovednosti a osobní předpoklady sociálního pracovníka.....	25

3.2.1	Empatie .....	26
3.2.2	Přitažlivost.....	26
3.2.3	Důvěryhodnost .....	26
3.2.4	Komunikační dovednosti .....	27
3.3	Náplň práce sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.....	27
3.3.1	Hlavní činnost sociálního pracovníka.....	29
3.3.2	Konkrétní činnosti sociálního pracovníka v hospici.....	30
3.3.3	Poradenská a informační služba .....	31
3.3.4	Kontakt s rodinou a pacientem.....	31
3.3.5	Péče o pozůstalé.....	32
3.3.6	Práce s dobrovolníky .....	32
3.3.7	Práce s ostatními členy multidisciplinárního týmu.....	33
3.3.8	Administrativa .....	33
3.4	Hospicový multidisciplinární tým .....	33
	Závěr .....	38
	Seznam pramenů a odborné literatury .....	39
	Abstrakt .....	41
	Abstract .....	41



## Úvod

V představách lidí antické éry přepravoval mrtvé přes podsvětní řeku Styx do říše stínu převozník Cháron. Jeho loďka byla místem, kde se tísnily duše zemřelých. A s obavou hleděly do temné nicoty. Na cestu tehdy dostávaly minci, aby mohly za svůj převoz zaplatit. Cháron byl v umění zobrazován jako ošklivý starý muž. Lidé si ho spojovali se smrtí. Dnes umírání nezosobňuje děsivě vyhlížející stařík. Cháronovou bárkou mezi světem živých a mrtvých se stává hospic. A roli převozníka obstarávají jeho zaměstnanci. Ti by se měli ve společnosti těšit úctě. Práce by pro ně měla být životním posláním. Na jejich psychiku a sociální citění jsou kladeny velké nároky. Mediálně mají například podobu starostlivých řádových sester boromejek, které pečovaly o umírajícího prezidenta Havla. S chodem hospice jsem se seznámila během své pracovní a školní praxe. Proto jsem si vybrala téma, v němž bych chtěla popsat, jak hospicová zařízení fungují a jaký je přínos sociálního pracovníka tomuto typu zařízení. A možná také lidem v něm pracujících a hostujících.

Tato bakalářská práce má za cíl přiblížit, jaké úkoly obnáší sociální práce v hospici a jakým přínosem je sociální pracovník pro celý multidisciplinární tým. Doposud neexistuje pevné vymezení role sociálního pracovníka v hospicové péči, a tak je na jednotlivých zařízeních, jak obsáhlá práce konkrétního sociálního pracovníka bude. Komplexně zde také popisují paliativní a hospicovou péči, která pomáhá umírajícím lidem na sklonku jejich života.

Práce je rozčleněna do tří hlavních kapitol. První kapitola obecně popisuje umírání, jeho fáze a v souvislosti s těmito pojmy se také zaměřuji na potřeby umírajících pacientů. Ty se snaží paliativní péče naplňovat do takové míry, aby umírající pacienti odcházeli z tohoto světa smířeni a vyrovnáni. V této kapitole jsem čerpala informace převážně od Heleny Haškovcové (*Thanatologie*), Marie Svatošové (*Hospic a umění doprovázet*), Naděždy Špatenkové (*O posledních věcech člověka*) a z vybraných kapitol od Jiřího Vorlíčka (*Paliativní medicína*). Druhá kapitola je vyhrazena vymezení pojmů hospicové a paliativní péče v obecné rovině. Jsou zde popsány formy hospicové péče a také se okrajově zmiňuji o počátcích hospicového hnutí v České republice. Na mapě republiky je uveden přehled kamenných hospiců u nás. Pro tuto kapitolu byly klíčové knihy od Ondřeje Nezbedy (*Průvodce smrtelníka*), Moniky Markové (*Sestra a pacient v paliativní péči*) a i zde byla velkým zdrojem odborných rad Helena Haškovcová (*Thanatologie*). Klíčová je třetí kapitola, která je věnována sociálnímu pracovníkovi, jeho obecné definici, ale především

popisu náplně jeho pracovní činnosti v hospicových zařízeních. V neposlední řadě je zde popsán hospicový multidisciplinární tým, který je pro tento typ zařízení typický. Při psaní této kapitoly mi byli velkou inspirací autoři Johann-Christoph Studen (*Sociální práce v hospici a paliativní péče*) a Oldřich Matoušek (*Metody a řízení sociální práce*). Také jsem zde uplatnila získané zkušenosti z domácího hospice Athelas, kde jsem byla v rámci své školní praxe.



# 1 Umírání a smrt

## 1.1 Umírání

V minulosti bylo umírání a smrt součástí života celé rodiny, ta se starala o umírajícího a mohla tak smrt vidět na vlastní oči. To se postupem času začalo měnit, a umírání se pomalu přesunulo do nemocnic, kde měli lékaři udělat vše proto, aby život nemocných zachránili. Moderní medicína udělala velký krok kupředu, který jí umožnil zachraňovat lidské životy a vyléčit tak nemoci, na které by se dříve běžně umíralo. Tento pokrok ovšem vyvolal dojem, že je medicína všemocná a je zapotřebí bojovat se smrtí do poslední chvíle. Pro zdravotníky se tak smrt stala porážkou. Aby se lékaři mohli na svou práci soustředit a nebyli ničím rušeni, byl značně omezen denní režim pacientů, především pak návštěvní hodiny. Ty se krátily zpravidla pouze na jeden až dva dny v týdnu. A tak trávili umírající své poslední dny osamoceni na nemocničním lůžku za bílou plentou.<sup>1</sup>

V lékařské terminologii je pojem umírání synonymem terminálního stavu. Terminální stav je stádium, kdy už není kurativní léčba účinná a není možné život člověka zachránit. Tento stav není časově ohraničen, ale zpravidla se jedná o řadu dnů, někdy i měsíců. Protože nikdy nelze zcela upřesnit, kdy nemocný zemře, hovoříme o tomto stádiu jako o „vlastním umírání“. Samotné umírání ovšem přichází mnohdy ještě před terminálním stádiem. O umírání lze hovořit už v okamžiku, kdy se nemocný dozví prognózu své nemoci, která není dlouhodobě sluchitelná se životem. Tato informace a zhoršující se zdravotní stav téměř vždy ovlivní kvalitu života a jeho další průběh.<sup>2</sup>

Umírání s sebou téměř vždy nese nepříjemný pocit vědomí, že se blíží chvíle našeho odchodu z tohoto světa. Nemocní tak trpí jak fyzickou bolestí, jejíž příčinou je jejich nemoc, tak bolestí psychickou která je spjata se změnami a strachem z budoucnosti. Podle doktora Iry Byocka jsou tyto dva druhy bolesti téměř vždy součástí procesu umírání. Ve své knize *Dobré umírání* Byock popisuje, že vnitřní utrpení pacientů bývá mnohdy horší než bolesti

---

<sup>1</sup> Srov. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, ISBN: 978-80-247-3171-1, s. 14.

<sup>2</sup> Srov. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, eds. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN: 80-247-0279-7, s. 435.

tělesné. Ty lze regulovat za pomoci medikamentů. Oproti tomu k vyřešení vnitřního utrpení je zapotřebí velice citlivého a empatického zacházení.<sup>3</sup>

Umírání je různě dlouhý proces, na jehož konci je smrt. Tento proces lze rozlišit do třech období:

- **Období před umíráním** - „*pre finem*“, kdy je nemocnému sdělena diagnóza a (nepříznivá) prognóza.
- **Období vlastního umírání** – „*in finem*“, tímto obdobím prochází pacient v terminálním stádiu nemoci, kdy mu zbývá řádově několik dnů či týdnů života.
- **Období po smrti** - „*post finem*“, v tomto stádiu je zahrnuta péče o mrtvé tělo pacienta a o psychický stav pozůstalých.<sup>4</sup>

## 1.2 Fáze smutku podle Elisabeth Kübler-Rossové

Reakce různých lidí na náročnou životní situaci se mnohdy liší. Vždy hraje velkou roli osobnost, věk a získané zkušenosti jedince. Jsou tu ovšem určité podobnosti, které pocity různých lidí v těžké životní situaci spojují. Tyto podobnosti sepsala na základě své dlouholeté práce s umírajícími a nevléčitelně nemocnými Elisabeth Kübler-Rossová. Proto, abychom lépe pochopili pocity nemocných a jejich rodin, je velice důležité se s těmito pěti fázemi seznámit.<sup>5</sup>

### **První fáze – popírání a izolace**

V prvním fázi umírající a jeho rodina nejsou schopni přijmout fakt, že již nelze nic dělat pro zlepšení stavu. Snaží se hledat jiné, alternativní či náhradní metody léčby, často se izolují od okolního světa.

### **Druhá fáze – zloba, agrese**

Ve druhé fázi se projevuje silný pocit zlosti a hněvu. Ten bývá často mířen na ošetřující lékaře a blízké okolí, ale také na sebe samé.

### **Třetí fáze – smlouvání**

---

<sup>3</sup> Srov. BYOCK, Ira. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad, 2005, ISBN: 80-7021-797-9, s. 79.

<sup>4</sup> Srov. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, et al. *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén, 2014, ISBN: 978-80-7492-138-4, s. 31.

<sup>5</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, ISBN: 978-80-7195-580-1, s. 23.

Pro tuto fázi je typické, že se umírající snaží smlouvat a tím oddálit svůj konec. Hledá cestu, jak se blížící se smrti vyhnout za každou cenu.

#### **Čtvrtá fáze – deprese**

Umírající i jeho nejbližší prožívají v této fázi strach z budoucnosti. Co se stane po smrti, jak bude rodina dál žít. Fáze smlouvání je náhle vystřídána silným pocitem ztráty.

#### **Pátá fáze – akceptace, smíření**

V poslední fázi se rodina i umírající začínají se smrtí vyrovnávat. Jsou schopni přijmout skutečnost, že již nelze nic dělat.<sup>6</sup>

Každý člověk prochází výše uvedenými etapami jinak, v jiném časovém úseku a s jinou silou prožitku. Někdo dojde k bodu smíření po velmi krátkém čase a proti němu jiný pacient ke smíření nedojde nikdy. Fáze ovšem nemusejí mít vždy stejné pořadí, někdy se můžou i opakovaně střídat a vracet. Dokonce je možné, aby se fáze mezi sebou vystřídaly i během jediného dne. Je důležité uvědomit si, že fázemi vyrovnávání neprochází jen samotný pacient, ale i rodina a nejbližší okolí. Bývá častým zvykem, že rodina je o několik fází za samotným pacientem. Pro pečující personál v hospicových zařízeních je důležité umět rozpoznat, v jaké fázi se pacient nebo jeho blízcí nacházejí. Aby věděli, jak nejlépe s pacientem komunikovat a jak mu pomoci jít dál. Některá zařízení mají pro lepší rozlišení fází barevné označení, díky kterému všichni zaměstnanci poznají, ve které fázi se momentálně pacient nachází. Pokud má například nemocný u své zdravotní karty žlutý štítek, ostatní pečující vědí, že se právě nachází ve fázi zlosti. To jim následně pomáhá při samotné práci a při navazování komunikace. Na kterou jsou zaměstnanci hospiců vždy proškoleni, tak, aby byli schopni s emocemi a střídajícími se fázemi pracovat.

Proto, abychom dokázali rozpoznat, kde se právě pacient a rodina nachází, nám někdy postačí pouhý výraz obličeje. Ten nám může pomoci rozpoznat, zda umírající přijal svůj osud a došel ke smíření. Ve tvářích těch, kteří došli do poslední fáze, lze vidět vnitřní naplnění a klid. Proti tomu ti, kteří svůj osud nepřijali a zůstali ve fázi zlosti, jsou plni hněvu, zlosti a pocitu nespravedlnosti.<sup>7</sup> Je to právě tvář, která nám jako první sdělí emoce, které

---

<sup>6</sup> Srov. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, et al. *O posledních věcech*, s. 32.

<sup>7</sup> Srov. tamtéž.

člověk prožívá. Paul Ekman během svého dlouholetého výzkumu došel k závěru, že činnost určitých svalů v obličeji úzce souvisí s vnitřním emocionálním stavem člověka. Pokud tedy lidé prožívají silnou emoci a nepokoušejí se ji skrýt, tak se u nich objevuje stejný výraz ve tváři a to bez rozdílu pohlaví, rasy či věku. Výzkum napříč kulturami také identifikoval sedm primárních emocí. Podle Ekmana patří emoce jako smutek, potěšení, hněv nebo strach do kategorie emocí, které lze z výrazu obličeje určit přesně.<sup>8</sup>

### 1.3 Modely umírání

Abychom mohli lépe porozumět níže popsaným modelům, je třeba si uvést, jaký je mezi nimi rozdíl. Jelikož institucí je i samotná rodina, je třeba ji umět oddělit od zdravotně sociálních zařízení. I přesto, že rodina je univerzální a nenahraditelnou institucí, je v tomto případě chápána jako domov. Místo, kde se umírající cítí nejkomfortněji a mají nablízku své milované. Oproti tomu institucionální model umírání je chápán jako zařízení poskytující kýženou službu.

#### 1.3.1 Domácí model umírání

Po staletí bylo běžné, že lidé umírali nejčastěji doma v kruhu své rodiny, která byla připravena jim poskytnout potřebnou péči. Samozřejmě velká část lidí neměla to štěstí a umírala mimo své domovy, bez jakékoli péče. Proto se tento model umírání může leckdy zdát idealizovaný. Přínos, který domácí model umírání měl, byl ten, že každý ze zúčastněných věděl, jaká je jeho role v péči o umírajícího. Protože i sám umírající si během svého života mohl vyzkoušet, jaké je pečovat o nemocného člena domácnosti. Většinou to tedy byla převážně rodina, která poskytovala umírajícím péči. Značnou nevýhodu, kterou tento model umírání měl, byla příliš malá znalost odborné péče. Kvalitní zdravotnická péče nebyla pro většinu lidí dostupná, a tak se hodně využívalo lidového léčitelství. Lékaři se začali objevovat u domácího modelu umírání zhruba před dvěma sty let. Zdravotníci na rozdíl od ostatních dokázali zmírnit bolest za pomoci tlumících léků, většinou se jednalo o morfin.<sup>9</sup> I když nebyla dříve v domácím prostředí poskytována tak kvalitní péče a ošetření,

---

<sup>8</sup> Srov. EKMAN, Paul. *Odhalené emoce*. Příbram: Jan Melvin Publishing, 2015, ISBN: 978-80-87270-81-3, s.19an.

<sup>9</sup> Srov. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*, s. 438.

jako je tomu dnes, bylo možné osvojit si praktické dovednosti v péči o umírajícího. Ty naopak chybí dnešní společnosti, která se snaží starost o umírající ponechat v rukou lékařů. Většina z nás se se smrtí setká až v pozdním věku, a tak býváme smrtí zaskočeni a zstrašení. Tyto pocity nám nedovolují osvojit si základní praxi, která by nám pomohla při péči o našeho blízkého. Smrt se stala pro společnost krizovou situací, proto je velice důležité, aby cíle všech zúčastněných osob směřovaly ke vzájemnému sociálnímu uspokojení.<sup>10</sup>

Proto, aby lidé mohli umírat v domácím prostředí, je zapotřebí pečující osoby. Ta je umírajícímu stále nablízku a je jakýmsi prostředníkem mezi ním a pomáhajícími institucemi. Pro domácí prostředí nejsou vyhraněny žádné speciální podmínky. Nezáleží na velikosti ani na vybavení, v domácnosti mohou žít malé děti i domácí mazlíčci. Důležité je pouze to, aby se zde umírající cítil dobře a domov mu přinášel pocit bezpečí a jistoty. Rodině obvykle s péčí o umírajícího mohou pomáhat terénní ošetrovatelské služby. Ty vykonávají odbornou zdravotní pomoc.

### **1.3.2 Institucionální model umírání**

Institucionální model péče vznikl díky výstavbě moderních nemocnic. Právě zde často chybí lidský kontakt a umírání tu ztrácí svou jedinečnost. Nemocnice poskytují umírajícím pacientům profesionální zdravotnickou péči. Zdravotní a terapeutické možnosti jsou dnes tak rozmanité, že umožňují zachránit i takové pacienty, kteří by v minulosti svým zraněním a onemocněním podlehli. I přesto, že dnes nemocnice poskytují profesionální a humanitní péči, při péči o umírající pacienty zdravotníci nemohou zastoupit nejbližší členy rodiny. V praxi se zdravotnickému personálu nedoporučuje příliš se citově angažovat u svých pacientů, protože by to mohlo odvádět pozornost od nemoci a způsobu léčby. Není nic neobvyklého, že se ve zdravotnických zařízeních často setkáváme s neosobním přístupem k nemocným. Není věnována taková pozornost aktivnímu hledání potíží, které jsou spojeny s procesem umírání. Potřeby, umírajících pacientů jdou často do pozadí a řeší se pouze jejich akutní stav. Nemocnice nejsou přizpůsobené potřebám umírajících. V nemocnici se obvykle setkáváme s velkým shonem, hlukem, několikálůžkovými pokoji a tak nemají umírající svůj

---

<sup>10</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007, ISBN: 978-80-7262-471-3, s. 28an.

klid a osobní prostor. Zdravotnický personál také často nevěnuje dostatečnou pozornost pocitům, strachu a osamělosti, kterou mohou lidé na konci svého života pociťovat.<sup>11</sup>

**Tabulka č. 1** – Počet úmrtí podle místa za rok 2018

	Nemocnice	Sociální zařízení	Hospice	Doma	Jinde	Nezjištěno
Muži	36 247	2 691	556	13 825	1 273	965
Ženy	35 342	6 853	652	11 186	352	709
<b>Celkem</b>	<b>71 589</b>	<b>9 544</b>	<b>1 208</b>	<b>25 011</b>	<b>1 625</b>	<b>1 674</b>

Zdroj: Vytvořeno podle údajů Českého statistického úřadu – dostupné v archivu autorky

Ze zjištěných údajů vyplynulo, že v roce 2018 zemřelo více než 60% umírajících ve zdravotnických zařízeních. Okolo 20% zemřelo v domácí péči. Zbýlých 30% zemřelo buď v sociálních zařízeních, nebo ani na jednom z uvedených míst.

*„Podle výzkumu agentury STEM/MARK z roku 2013 by si 78 procent Čechů přálo zemřít doma. Děje se téměř pravý opak: nejčastěji umíráme v nemocnici (60 procent) nebo v ústavech dlouhodobé péče (9 procent). Proč se nedaří dopřát našim blízkým, aby zemřeli doma, už záměrem zmíněného – ani žádného jiného – výzkumu zatím nebylo. To dokazuje, o jak opomíjený problém jde“.*<sup>12</sup> I když od výzkumu agentury STEM/MARK uplyne sedm let, počet umírajících v nemocnicích se nezměnil a stále přetrvává skutečnost, že lidé mnohem častěji umírají mimo své domovy.

## 1.4 Potřeby umírajících

*„Zdravého člověka nelze chápat jako dobře fungující stroj a nemoc jako poruchu stroje, vyžadující menší či větší opravu. Takový zúžený pohled sice dosud převládá, důsledky jsou však pro nemocné velmi tristní. Je nutno vyjít z definice zdraví podle Světové zdravotnické*

<sup>11</sup> Srov. SENIOR ZONE. *Modely umírání* [online] [cit. 22. 3. 2020]. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/modely-umirani-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Eg\\_5cSnHklPeUqXAGeHTW4k/](https://www.seniorzone.cz/33/modely-umirani-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Eg_5cSnHklPeUqXAGeHTW4k/).

<sup>12</sup> UMÍRÁNÍ. *Proč Češi neumírají doma.* [online] [25. 2. 2020] Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>.

organizace (WHO). Ta říká, že zdraví je plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Z toho se odvíjejí i potřeby nemocného. Ty jsou také tělesné, duševní, sociální a duchovní. Všechny tyto čtyři dimenze je nutno mít stále na paměti.<sup>13</sup>

Proto, abychom mohli zajistit nemocným co možná nejlepší možnou kvalitu života, je nezbytná znalost jejich potřeb a přání. V této podkapitole jsou uvedeny čtyři základní lidské potřeby. V průběhu nemoci se pořadí potřeb může měnit. Obvykle na počátku nemoci dominují potřeby tělesné a naopak v terminálním stádiu jsou v popředí potřeby sociální a spirituální.

#### **1.4.1 Sociální potřeby**

Člověk je společenský tvor už od narození si kolem sebe vytváříme společnost lidí, kteří nás během našeho života obklopují. Proto si ani při samotném umírání nepřejeme zůstat izolováni. Přítomnost blízkých je pro umírající velice důležitá. Když člověk odchází z tohoto světa, slábnou jeho tělesné funkce. Často se tak stává, že většinu času tráví v polospánku. I tak ale přítomnost svých blízkých vnímá. Lehký dotek rukou nebo zvuk známého hlasu utvrzuje pacienty, že jsou obklopeni láskou. Umírání je ovšem jedinečný proces, který každý prožívá individuálně. Z toho důvodu je nezbytné, aby doprovázející byli otevření a vnímali, co si pacient přeje. *„Rozpoznáme-li tyto potřeby, můžeme říct umírajícímu člověku vlastními slovy nebo ještě spíš svými činy: „Zajistíme, že budete pořád v teple a suchu. Budeme vás udržovat v čistotě. Pomůžeme vám s vyměšováním, s funkcí vašich střev i močového měchýře. Budeme mít pro vás vždycky jídlo a tekutiny. Budeme s vámi. Budeme svědky vaší bolesti a vašeho smutku, vašeho rozčarování i vašich triumfů: budeme naslouchat příběhům z vašeho života a zapamatujeme si příběh vašeho umírání.“<sup>14</sup>* To vše je pro naplnění sociálních potřeb umírajícího člověka velice důležité.

#### **1.4.2 Biologické potřeby**

Zde najdeme vše, co potřebuje umírající tělo. To musí přijímat potravu a tekutiny. Někdy je nutná pomoc druhé osoby, nebo se strava podává nitrožilně. Dále pacient potřebuje co nejpřirozenějším způsobem pomoci při vyměšování, tak aby byla zachována jeho liská

---

<sup>13</sup> MATOUŠEK, Oldřich., KOLÁČKOVÁ, Jana., KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, ISBN: 80-7367-002-X, s. 196.

<sup>14</sup> BYOCK, Ira. *Dobré umírání*, s. 281.

důstojnost. Lidé v terminálním stádiu nemoci mývají často problémy s okysličováním těla, a tak je zapotřebí zajistit jim takovou pomoc, aby netrpěli dušností a pocitem ztráty kyslíku. Mezi primární biologické potřeby patří také spánek, který nám pomáhá při regeneraci těla, a tak je pro umírající pacienty velice důležitý.<sup>15</sup> Také proto jsou jednolůžkové pokoje v hospicích spíše samozřejmostí. Jedině tak můžou mít pacienti svůj klid a prostor pro odpočinek

### **1.4.3 Psychologické potřeby**

Závažná nevy léčitelná onemocnění vždy zasáhnou psychiku nemocného a jeho rodiny. Protože se tato skutečnost stane silným stresem, je nezbytné, aby bylo pečováno i o psychický stav všech zúčastněných. Tato péče by měla vést k navození psychické pohody a zlepšení stavu. Psychologickou podporu ovšem nemusí poskytovat pouze psychologové či terapeuti. V hospici ji poskytují všichni, od zdravotníků až po blízkou rodinu. Ujistění, že umírající není na svou nemoc a strach sám a že je tu někdo, kdo ho v tak těžké chvíli podrží, je velkým přínosem pro psychický stav pacienta.

### **1.4.4 Spirituální potřeby**

Není tomu tak dávno, co byly spirituální potřeby umírajících pacientů tabuizovány. Společnost o nich smýšlí spíše jako o potřebách, které jsou výsadou věřících. A přitom je to spíše naopak. Věřící lidé často vědí, jak si mají s otázkami svého života poradit. Oproti tomu lidé bez víry v tomto směru potřebují pomoc. Během umírání hodně pacientů směřuje k otázkám smyslu života, ptají se, zda jim bylo odpuštěno a jak mají najít odpuštění sami pro sebe. Asi každý z nás chce vědět, že jeho život na tomto světě měl smysl. To jsou otázky, které si lidé na konci svého života často pokládají. Pokud spirituální potřeby nejsou naplněny, umírající po duševní stránce silně strádají. A pak není možné, aby došli odpuštění a smíření se s koncem života.<sup>16</sup> V hospicích je kladen velký důraz i na uspokojování spirituálních potřeb rodinných příslušníků. Ti, stejně jako umírající pacienti, potřebují někoho, s kým se budou moci podělit o svůj smutek a bolest z odchodu svých blízkých.

---

<sup>15</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 19.

<sup>16</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic a umění doprovázet*, s. 21.



## 2 Paliativní a hospicová péče

### 2.1 Paliativní péče

*„Paliativní medicína bývá popisována jako nová specializace. Jde však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu. Vždyť celá historie medicíny je především ve znamení tlumení symptomů, zvláště u tak závažných onemocnění jako jsou zhoubné nádory. Ještě v nedávné minulosti lékaři jen zcela výjimečně mohli u onemocnění postupovat kauzálně a léčba a péče byla zaměřená především na zmírnění obtíží nemocného“.*<sup>17</sup>

Paliativní medicína nastupuje tam, kde kurativní léčba končí. Její hlavní náplní není jen zmírňovat bolest nemocných. Poskytuje také pomoc a péči při řešení sociálních, psychologických a duchovních problémů, tím je velkým přínosem pro umírající a jejich rodiny. V dnešní medicíně, kdy mají lékaři k dispozici řadu moderních prostředků, diagnostických a terapeutických postupů je hlavním cílem vyléčit nemocné pacienty. Na úkor lidské důstojnosti se mnohdy lékaři za každou cenu snaží prodloužit život pacientů alespoň o pár týdnů či měsíců. Paliativní medicína nenabízí umírajícím vyléčení, ale pomáhá jim dožít zbytek jejich života v nejlepší možné kvalitě. Paliativní péče je rozdělena na obecnou, které by se nám mělo dostat ve všech léčebných zařízeních, a na specializovanou, již poskytuje tým profesionálů, kteří mají odbornost v paliativní medicíně.

Paliativní péče si klade za cíl zmírnění bolesti tělesné i duševní. Při léčebných postupech je vždy kladen důraz na jedinečnost lidské důstojnosti a na maximální respektování přání pacientů. Hlavní principy, které paliativní péče zajišťuje, je důstojné umírání, přítomnost blízkých osob, empatická péče ošetřujícího personálu a naplnění důležitých úkolů a urovnání vztahů mezi rodinou a pacientem.<sup>18</sup>

#### 2.1.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péči se myslí schopnost zdravotníků včas zhodnotit stav, ve kterém se pacient nachází a být schopen určit, zda je aktivní léčba i nadále smysluplná. Zdravotník by měl být schopen adekvátně reagovat na vzniklou situaci a poskytnout pacientovi a rodině

---

<sup>17</sup> ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*, s. 19.

<sup>18</sup> Srov. NEZBEDA, Ondřej. *Průvodce smrtelníka*. Praha: Paseka, 2016, ISBN: 978-80-7432-747-6, s. 93.

porozumění.<sup>19</sup> Pokud je nemoc již v takovém stádiu, že její prognóza není v souladu se životem, měli by lékaři rodině a pacientovi doporučit tým specialistů, který má odbornost v paliativní péči.

Obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytnout zdravotníci všech oborů a specializací. Důležité je pozorování a schopnost rozpoznat, co je významné pro kvalitu života pacienta. Součástí je také včasné nasazení léčby symptomů, respektování autonomie pacienta, empatická a otevřená komunikace.<sup>20</sup>

### 2.1.2 Specializovaná paliativní péče

Tuto formu péče poskytují zařízení, která mají paliativní péči jako svou hlavní činnost. Personál musí být v oblasti paliativní medicíny řádně proškolen. Tyto služby by měly být dostupné ve všech možných formách. Pacient si tedy může vybrat, zda o něj bude pečováno v jeho domácím prostředí, lůžkovém zařízení, v denním stacionáři nebo na oddělení specializovaném na paliativní péči. Specializovaná zařízení by měla být také nápomocná ostatním zdravotníkům, měla by s nimi spolupracovat a v případě potřeby konzultovat možné postupy.<sup>21</sup>

## 2.2 Hospic

Termín hospic se dříve užíval spíše pro útočiště, kde si mohli unavení a hladoví poutníci, kteří putovali do Palestiny na několik dní odpočinout. Hospice vedli většinou lidé, kteří se vyznali nejen v pohostinství, ale také v ranhojičství. Poskytovala se zde potřebná péče všem, kteří jí na své pouti potřebovali. Hospice během času ale postupně zanikaly a znovu se začaly objevovat až v 18. století, kdy byla v Irsku otevřena speciální nemocnice pro umírající, která byla nazvána „Hospic“. Největší rozvoj hospiců ovšem přišel až ke konci 20. století, spolu s rozvojem moderní medicíny, která nebyla schopna naplnit potřeby umírajících pacientů.<sup>22</sup>

Hlavním cílem hospice je dnes zachovat důstojnost a jedinečnost každého člověka. Je zde kladen důraz na **biologické, psychické, sociální i spirituální potřeby člověka** a na

---

<sup>19</sup> Srov. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 20.

<sup>20</sup> Srov. NEZBEDA, Ondřej. *Průvodce smrtelníka*, s. 93.

<sup>21</sup> Srov. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 21.

<sup>22</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 45.

respektování jeho přání. Hospic doprovází umírající pacienty a jejich rodiny těžkým životním obdobím. I když hospicová zařízení neslibují vyléčení, neberou žádnému pacientovi naději. Za pomoci paliativní medicíny tlumí bolest, ale nesnaží se za každou cenu umírajícího pacienta vyléčit, nechávají životu jeho vlastní průběh. Pacienti, kteří si vybrali některou z forem hospicové péče, vědí, že:

- **Nebudou trpět nesnesitelnou bolestí**
- **Vždy bude respektována jejich lidská důstojnost a jedinečnost**
- **Nezůstanou sami v poslední chvíli svého života<sup>23</sup>**

Doprovázení umírajícího pacienta v terminálním stádiu nemoci a jeho nejbližších, to je hlavní poslání hospicové a paliativní péče. Snaha začlenit smrt opět do lidského života tak, aby byla zachována její podstata a jedinečnost. Pacient v hospici je důležitý do poslední chvíle jeho života, a tak je sním také zacházeno. Tento návrat k lidskosti a solidaritě je důležitý jak pro jedince, tak pro celou společnost.<sup>24</sup>

Hospicová péče není pro každého. Má svou specifickou skupinu pacientů. Především se týká pacientů, kteří jsou v pokročilém stádiu onkologické nemoci, pacientů s plicní fibrózou, pacientů se závažným onemocněním jater, ledvin atd. Pacient je do hospice přijímán po podání žádosti, která obsahuje i informovaný svobodný souhlas. Tam je sděleno, že lékař již nebude aplikovat léčbu, která by ovlivňovala délku života, ale nadále bude pokračovat v léčbě která, bude podporovat kvalitu života. Délka pobytu v hospicích bývá v řádu několika týdnů, někdy i měsíců. Ale i za tak krátkou dobu je možné umírajícím a nejbližším členům rodiny pomoci.

Proto, aby mohl být nemocný přijat do hospice, je nutné, aby splňoval tato kritéria:

- Nemoc pacienta ohrožuje na životě
- Je nutná paliativní péče a léčba
- Není nutná hospitalizace v nemocnici

---

<sup>23</sup> Srov. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*, s. 511.

<sup>24</sup> Srov. STUDENT, Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H, 2006, ISBN: 80-7319-059-1, s. 28.

- Domácí péče již není možná nebo není dostačující<sup>25</sup>

Igor Tomeš ve své knize popisuje hospic takto: „*Hospic je tedy převážně zařízení speciální paliativní péče, které na rozdíl od obdobných nemocničních zařízení poskytuje i výraznou sociální podporu pacientovi a jeho rodině, což podstatně zvyšuje kvalitu života občanů v terminálním stadiu života. Hospicové hnutí vzniklo v Anglii. Založila jej MUDr. Cecilie Saundersová v Londýně v roce 1967 pod jménem Hospic sv. Kryštofa*“.<sup>26</sup>

### 2.3 Hospicové hnutí v ČR

Hospicová péče se u nás začala rozvíjet teprve nedávno. První zmínku o ní máme na Moravě, kde bylo jako součást nemocnice v Babicích nad Svitavou u Brna otevřeno oddělení paliativní péče. Kapacita oddělení skýtala 20 lůžek a primářkou tohoto oddělení byla paní Jana Skříčková. První hospic byl otevřen v roce 1995 paní doktorkou Marií Svatošovou, která v roce 1993 stála v čele občanského sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Toto sdružení neslo název Ecce homo. A právě tato organizace se spolu s Diecézní charitou v Hradci Králové podílela na vybudování Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, který se tak stal prvním českým hospicem. Byl vybudovaná za velice krátkou dobu a po měsíčním návštěvním období přivítal v lednu 1996 své první pacienty. Po Hospici Anežky České následovala výstavba dalších hospiců.<sup>27</sup>

Dnes můžeme po celé republice najít desítky lůžkových hospiců. Ve většině případů jsou hospice zřizovány církevními organizacemi, asociacemi nebo jednotlivci. Lůžkové hospice jsou financovány za pomoci zdravotních pojišťoven, sponzorských darů a dotací. Část hospiců je pod záštitou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.<sup>28</sup> I když si Česká republika v paliativní a hospicové péči nestojí špatně, oproti sousedícímu Rakousku je stále co zlepšovat. Hospic je často v podvědomí lidí zakotven jako zařízení pro věřící.

---

<sup>25</sup> Srov. MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana., KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, ISBN: 80-7367-002-X, s. 202.

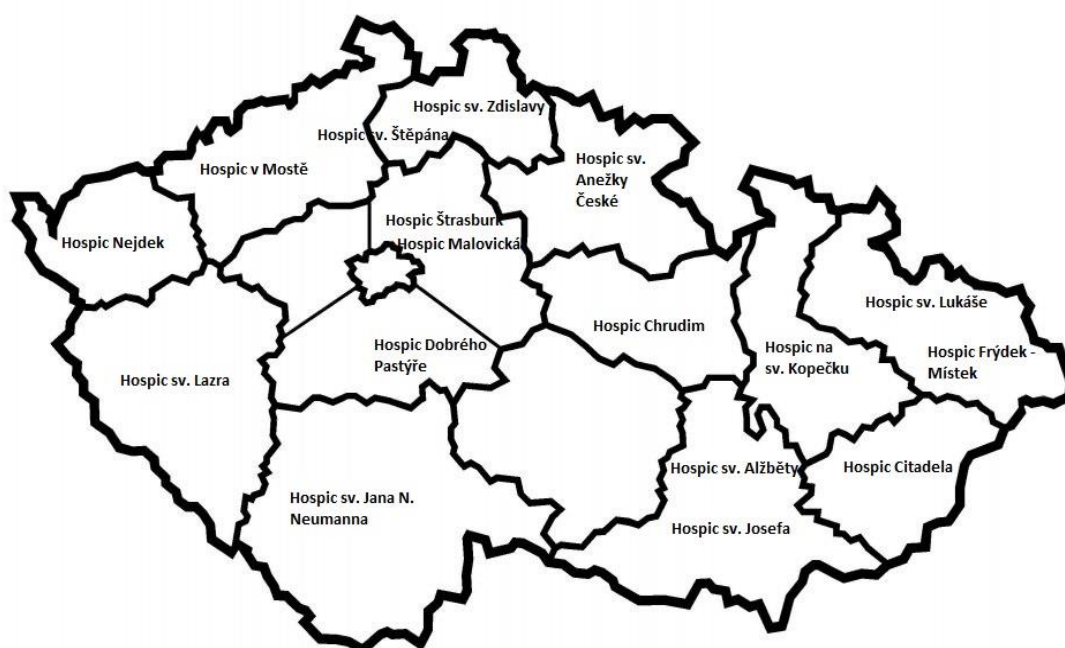
<sup>26</sup> Srov. TOMEŠ, Igor, DRAGOMIRECKÁ Eva, SEDLÁROVÁ, Katarina, VODÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015, ISBN: 978-80-246-2941-4, s. 14.

<sup>27</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*, s. 47.

<sup>28</sup> Srov. ANTONOVÁ, Barbora, MARKOVÁ, Alžběta, KUBÁČKOVÁ, Petra, SLÁMOVÁ, Regina. *Praktický průvodce koncem života*. Brno: Edika, 2018, ISBN: 978-80-266-1279-7, s. 92.

Přesto, že v každém hospici je k dispozici modlitebna a pastorační pracovník, není nikde napsané, že by hospicová a paliativní péče nebyla určena i lidem bez víry v boha.<sup>29</sup>

**Mapa č. 1** – Rozložení kamenných hospiců po České republice



Zdroj: Archiv autorky

Jak můžeme na mapě vidět, lůžková hospicová zařízení se u nás od devadesátých let rozrostla a dnes téměř v každém kraji najdeme kamenný hospic. Jediný kraj, kde kamenný hospic stále chybí, je Vysočina. Proto v roce 2015 vznikl spolek Hospic mezi stromy, který usiluje o jeho výstavbu. Oproti tomu domácí hospicová péče je s rozvojem pozadu. Je to především proto, že lůžková zařízení jsou oproti domácí péči hrazena z 50 % zdravotními

---

<sup>29</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*, s. 77.

pojišťovny. A tak nezbyvá domácím hospicovým zařízením nic jiného, než si shánět finanční prostředky svépomocí, díky dotacím, grantům a příjmů od pacientů.

## 2.4 Formy hospicové péče

### 2.4.1 Domácí hospicová péče

Většina z nás by si přála zemřít doma, v prostředí, které důvěrně známe, obklopeni našimi nejbližšími. Po sociální a psychické stránce bývá domácí péče tou nejlepší volbou. I rodina ve většině případech chce o svého umírajícího pečovat doma. Péče o umírajícího člena rodiny je náročná po všech stránkách, a tak je nutné pečující rodině pomoci a naučit jí poskytovat takovou péči, aby umírající nestrádal, nebo netrpěl zbytečnými bolestmi. Domácí hospicová péče se ve světě těší velkému úspěchu a to především proto, že umírající nemusí být izolován od rodiny a svého domova. A rodina se tak může plně zapojit do péče. Ta je vždy poskytována podle potřeb a přání klienta. Členové multidisciplinárního týmu pravidelně docházejí za rodinou domů i několikrát denně.<sup>30</sup> Na personál se v domácí hospicové péči kladou specifické požadavky a to převážně proto, že vstoupí na území rodiny, do intimního rodinného kruhu a stává se tak po dobu péče součástí celé rodiny. Proto je nutné, aby dokázal rychle zhodnotit stav pacienta a v případě potřeby byl schopen zakročit. Pečující personál zde nese na ramenu tíhu celé rodiny, která se vypořádává se smutkem a ztrátou svých milovaných. Díky intenzivnějšímu kontaktu je na personál kladen mnohem větší emoční nápor než na jejich kolegy v kamenných zařízeních. Proto je opravdu důležité pravidelné setkávání se s celým multidisciplinárním týmem, kde si mohou kolegové mezi sebou sdělovat zjištěné informace.<sup>31</sup>

Aby mohl domácí hospic fungovat, je zapotřebí, aby splňoval kritéria, které stanovuje Česká společnost paliativní medicíny. Tato společnost již řadu let spolupracuje s dalšími institucemi a vytváří tak koncept Mobilní specializované paliativní péče. Je velkou pomocí při začleňování domácích hospiců do veřejného zdravotnictví.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*, s. 59.

<sup>31</sup> Srov. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 23.

<sup>32</sup> Srov. ANTONOVÁ, Barbora, MARKOVÁ, Alžběta, KUBÁČKOVÁ, Petra, SLÁMOVÁ, Regina. *Praktický průvodce koncem života*, s. 99.

Domácí péče je i za pomoci profesionálů psychicky a fyzicky velmi náročná. Nemocný vyžaduje 24 hodinovou péči, která se stává pro rodinu zatěžkávací zkouškou. Rodiny si dnes obtížně můžou dovolit ztrátu jednoho příjmu. I přes to, že lze čerpat příspěvek na péči, který je výhradě určen pečujícím osobám, nenahradí to ztrátu jednoho celého platu. Ale to není jediný důvod, proč není domácí péče vždy možná. Dalším faktorem, který ovlivňuje rozhodnutí, zda je možné o umírajícího pečovat doma, může být vyčerpání či úplné selhání sil pečujících. Není proto nic neobvyklého, že se rodina rozhodně o umírajícího pečovat doma, a po pár dnech musí zažádat o umístění do hospice.

#### 2.4.2 Lůžkový hospic

Hospic se výrazně odlišují od institucí jako jsou léčebny pro dlouhodobě nemocné, domovy pro seniory nebo jiné sociálně zdravotní organizace. I když často pečují o podobnou skupinu pacientů. Cílem hospice není nemoci léčit, ale tišit, poskytnout pacientům příjemné a klidné prostředí, kde se budou cítit milováni a přijímání. Dalším výrazným znakem, kterým se hospice od jiných organizací liší, je multidisciplinarita.<sup>33</sup>

Lůžkový hospic bývá samostatně stojící budova, která poskytuje pacientům v terminálním stádiu nemoci paliativní péči. Hlavní důraz je kladen na individuální přístup ke klientům a snahu vytvořit takové prostředí, aby se zde pacienti cítili co nejlépe.<sup>34</sup>Hospic, nebývá velkým zařízením. Aby se zde mohli zaměstnanci opravdu věnovat klientům a mohli je doprovázet při jejich poslední cestě, bývají tyto zařízení spíše menší s domácí atmosférou. Zpravidla mají okolo 25 lůžek. Někdy se skládají i z denního stacionáře, který je určen pouze na omezený počet hodin. Poté se pacient vrací zpět domů ke své rodině. Interiér hospiců bývá příjemný, připomíná spíše domov než nemocnici, jak se někteří lidé obávají. Nejen interiérem, ale také denním režimem hospic se od nemocnice výrazně liší. V hospici je vše podle toho jak si to představuje sám pacient. Denní režim je tak zcela individuální. Nemocní pacienti zde nemají stanoveny, kdy se bude podávat oběd, kdy musí vstávat nebo jak dlouho může být rodina na návštěvě. V tom je velký rozdíl oproti nemocnicím, kde je administrativně stanovený řád dne.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Srov. tamtéž, s. 93.

<sup>34</sup> Srov. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011, ISBN: 978-80-7262-849-0, s. 31.

<sup>35</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*, s. 49.

### 2.4.3 Hospicový stacionář

Zatímco u nás jsou hospicové stacionáře spíše doplňkovou službou lůžkových hospiců, ve světě je tato forma velice oblíbená. Umožňuje pacientovi možnost vrátit se domů a rodině dá prostor pro odpočinek od náročné péče. Rodina na vlastní náklady nemocného přiveze ráno do stacionáře a v odpoledních hodinách si ho opět vyzvedne. Stacionární péče oddaluje hospitalizaci, a tak se pro pacienty stává přijatelnou alternativou, pokud není možná celodenní domácí péče poskytovaná rodinou.<sup>36</sup>

## 3 Sociální práce v hospicové a paliativní péči

### 3.1 Definice sociální práce

*„Sociální práce je společenskovední disciplínou i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanost). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potencialu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“<sup>37</sup>*

Sociální práce byla dříve chápána jako pomoc ekonomická a materiální. S postupem času přibyl také požadavek na práci nemateriální. V Geistově Sociologickém slovníku se uvádí, že sociální práce představuje široké spektrum metod jak pomoci lidem, kteří si nedokáží v tíživé situaci pomoci sami. Toto rozšíření sociální práce sebou neslo problém s konkrétním nastavením hranic, bez kterých by mohla být sociální práce zaměňována za psychologii. Odborníci na sociální práci poukazují na rozdíly mezi těmito obory. Psychologie, lékařství či ošetřovatelství se zaměřují na určitou stránku klientova problému. Na rozdíl od sociologie, která poskytuje klientům praktickou komplexní pomoc.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Srov. tamtéž, s. 58.

<sup>37</sup> MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Třetí, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013, ISBN: 978-80-262-0213-4, s. 11.

<sup>38</sup> Srov. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*, s. 486.



Obor sociální práce spadá do pomáhajících profesí. A tak je na sociální pracovníky kladen velký nápor a široké množství požadavků. Proto, aby se sociální pracovník stal výborným profesionálem, je zapotřebí vynaložit značné úsilí. Tato práce vyžaduje nejen odborné vzdělání, ale také vysoké požadavky týkající se času, místa kvality poskytované péče a především praktické zkušenosti, které jsou v tomto oboru nezbytné. Sociální pracovník musí být schopen správně a včasné aplikovat a využívat dosavadní vědomostí pro svou práci.<sup>39</sup>

### **Hlavní cíle sociální práce**

- Pomoci klientovi s hledáním řešení jeho problémů
- Zajistit klientům kontakt s organizacemi, které mu poskytnou potřebné příležitosti, služby a pomoc
- Zajišťovat, aby systému pomoci pracovali humánně a efektivně
- Napomáhat rozvoji a lepšímu fungování sociální politiky<sup>40</sup>

## **3.2 Dovednosti a osobní předpoklady sociálního pracovníka**

Pokud chceme vykonávat práci sociálního pracovníka, musíme splňovat podmínky, které nám stanovuje zákon. Musíme být plně svéprávní, bezúhonní, zdravotně způsobilý a musíme mít odborné vzdělání. To jsou formální předpoklady pro výkon sociální práce. Sociální pracovník by ovšem měl také disponovat osobnostními předpoklady, na které se zaměřím v této podkapitole.

Sociální pracovník se denně dostává do vypjatých situací, ve kterých se musí naučit rychle a efektivně rozhodovat. Musí být emočně vyrovnaný, odolný vůči stresu, iniciativní, schopný překonávat překážky. Důležitá je i schopnost sebereflexe, která mu pomůže objevit silné a slabé stránky, se kterými do budoucna může pracovat a zdokonalovat je. Neméně důležitá je i schopnost komunikace a kladný vztah k lidem.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Srov. tamtéž, s. 14.

<sup>40</sup> Srov. tamtéž.

<sup>41</sup> Srov. MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I*. Praha: Grada, 2019, ISBN: 978-80-271-2825-9, s. 27.

### 3.2.1 Empatie

Empatie zahrnuje umění porozumět a naslouchat jiným lidem. Empatie hraje velkou roli při sociálním a emocionálním vývoji, který ovlivňuje sociální vztahy mezi lidmi. Pro sociálního pracovníka by empatie měla být nedílnou složkou jeho osobnostních dovedností.<sup>42</sup> Díky empatii jsme schopni lépe porozumět, co klient prožívá, pochopit střídání jeho pocitů, a dát mu najevo, že při něm v těžké situaci stojíme. Empatie je spolu s vřelostí jednou z podmínek, aby byla práce s klientem úspěšná.

### 3.2.2 Přitažlivost

V tomto případě nemluvíme pouze o přitažlivosti fyzické, která je ovlivněna naším zevnějškem, způsobem jakým se oblékáme či hovoříme. Přitažlivost je zde ovlivňována i tím, zda si je klient s pracovníkem blízký v názorové a myšlenkové rovině. Pracovní odbornost a pověst pracovníka, ale i to jak se chová ke svým klientům, tím vším se může pracovník pro klienta stát přitažlivým.<sup>43</sup>

### 3.2.3 Důvěryhodnost

Důvěryhodnost se podle S. R. Stronga (1968) skládá z toho, jak klient vnímá smysl pracovníka pro čestnost. Důležitou roli také hraje otevřenost a srdečnost s nízkou motivací vlastního prospěch. Zde jsou některé složky, které pomáhají k důvěryhodnosti pracovníků:

- diskrétnost – to co klient sociálnímu pracovníkovi poví, se nedostane k nikomu dalšímu
- spolehlivost – klienti mohou věřit tomu, co jim sociální pracovník řekne
- využívání moci – když se klient pracovníkovi svěří, počítá s tím, že se mu pracovník bude věnovat
- porozumění – pokud o sobě bude klient vyprávět, bude mu pracovník naslouchat a pokusí se mu porozumět

---

<sup>42</sup> Srov. tamtéž, s. 27.

<sup>43</sup> Srov. MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 50.

Důležitou roli zde také hraje fyzický vzhled. Někomu může dělat problémy důvěřovat někomu, kdo je nedbale oblečen a nedbá o svůj zevnějšek. Také pověst pracovníka může být pro klienta klíčová.<sup>44</sup>

### 3.2.4 Komunikační dovednosti

Důležitou schopností, kterou by každý sociální pracovník měl umět ovládat, je komunikační dovednost. Ta nám pomáhá vzájemně si porozumět a dorozumět se. Správně zvolená slova nám pomáhají lépe navázat vztah s klientem, který se nachází v nelehké situaci.<sup>45</sup> Při práci v hospicových zařízeních je opravdu důležité věnovat komunikaci dostatek času a prostoru. Abychom tak předešli problémům, které mohou vzniknout na základě špatné domluvy, nepochopení druhých lidí, nebo nedostatečného sdělení informací. Sociální pracovníci v hospici pracují s lidmi, kteří prochází těžkým životním obdobím, které se neobejde bez velkých ztrát. V takto bolestivých chvílích lidé často reagují velmi emotivně. Proto je důležité jak budou sociální pracovníci s klienty jednat. Správně zvolená a efektivní komunikace je základní předpoklad pro vytvoření dobrého vztahu mezi pracovníkem a klientem.

K těmto čtyřem základním dovednostem počítá G. Egan (1986) ještě:

- fyzickou přítomnost – pracovník mnohdy pomáhá už jen tím, že se s klientem pravidelně setkává
- naslouchání – schopnost vnímat verbální i neverbální signály, které klient vysílá
- analýza klientových prožitků – dokázat vyjádřit a popsat klientovo chování a pocity, které prožívá<sup>46</sup>

## 3.3 Náplň práce sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

I když České hospicové hnutí nefungovalo s asistencí sociálních pracovníků, dnes je jejich místo v multidisciplinárním týmu nenahraditelné. Dříve žila většina zdravotníků v mylné domněnce, že sociální pracovník je spíše úředník, a tak si práci rozdělovali mezi sebe. Sociálního pracovníka viděla ještě do nedávna společnost jako úředníka bez emocí se

---

<sup>44</sup> MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 50.

<sup>45</sup> Srov. tamtéž, s. 51.

<sup>46</sup> Srov. tamtéž, s. 53.

strohým výrazem v obličejí. A tak bylo na čase tuto nálepku strhnout, a ukázat sociálního pracovníka v pravém světle. Sociální pracovník v paliativní péči by měl být nejen dobrý profesionál, ale především dobrý člověk. Člověk, který je upřímný, ohleduplný a emocionálně stabilní.<sup>47</sup>

*„Sociální pracovník, jako člen paliativního týmu, se snaží o naplnění priorit, které jsou stěžejní při práci s umírajícími. Především je to úleva od bolesti, utrpení a samoty. Péče je poskytována s ohledem na lidskou důstojnost, autonomii, potřeby a práva umírajícího. Činnost sociálního pracovníka, může značně postihnout oblast, která souvisí s posledním přáním umírajícího. Svoji klíčovou roli může sociální pracovník pro umírajícího sehrát v případě smíření se svým okolím. Často tak může být postaven do pozice mediátora či facilitátora“.*<sup>48</sup>

Sociální pracovník je součástí sociálního systému, který pomáhá klientovi s řešením jeho osobních záležitostí. Měl by tedy umět nahlížet na klienta komplexně a vnímat tak všechny prvky, které jej ovlivňují. Zaměřovat se na rodinné vztahy, na prostředí ve, kterém pacient žil nebo v případě domácích hospiců, stále žije. Neměl by se upínat pouze na klienta a jeho chorobu. Zjišťování všech potřebných informací, které klientovi mohou na konci života pomoci, stojí velkou námahu a jistou dávku zkušeností a odborných dovedností. Pomoc s řešením dosud nevyřešených problému, rodinných sporů, nevyslovených přání ovšem může značnou měrou pomoci pacientovi od bolesti.<sup>49</sup>

Sociální pracovník tak nabízí praktickou i emoční pomoc jak nemocným, tak i osobám pečujícím o terminálně nemocného. Musí být schopen pomoci i ve složitých situacích, kdy potřeby nemocného a osob pečujících jsou v konfliktu. Musí mít přehled o dostupnosti vhodných služeb pro podporu terminálně nemocných a jejich rodin, měl by vědět, co nabízí státní i nestátní sektor. A v neposlední řadě musí být schopen pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu.<sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> Srov. MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana., KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*, s. 205.

<sup>48</sup> ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce – Aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017, ISBN: 978-80-271-0080-4, s. 197.

<sup>49</sup> Srov. SOCIÁLNÍ PRÁCE. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. [online] [cit. 25. 2. 2020]. Dostupné z: [www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783](http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783)

<sup>50</sup> Srov. MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana., KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*, s. 205.

Dnes je sociální pracovník nedílnou složkou multidisciplinárního týmu. Poskytuje potřebnou pomoc nemocným pacientům i rodinám a snaží se zajistit, aby byli naplněny jejich přání a požadavky. Součástí jeho práce je v tomto případě snaha o co největší zachování lidské důstojnosti pacientů. Proto by měl dbát na vytvoření vztahu, který bude empatický, otevřený a spolehlivý, aby v něm pacient i rodina měli plnou důvěru, kterou právě v těchto chvílích nejvíc potřebují. Sociální pracovník bývá často ten, se kterým se rodina nemocného setkává jako první. Právě on totiž seznamuje rodinu a pacienta s hospicovou a paliativní péčí.<sup>51</sup> Sociální práce má v paliativní péči dvě roviny. V té první jde především o pacienta a jeho rodinu. Sociální pracovník může pomoci při rozhodování, které věci jsou životně důležité, které je nutné řešit hned a naopak, které mohou počkat. Práce s umírajícími pacienty je často práce se ztrátami, jak pro pacienta, který ztrácí vše, co doposud znal, tak pro rodinu, která se musí smířovat se ztrátou svého blízkého. Sociální pracovník by měl umět s těmito ztrátami pracovat. Druhá širší rovina je zaměřená na sociální práci ve styku se společností. Hlavním cílem sociálního pracovníka by měla být snaha prosazovat legislativní změny a urychlení administrativní činnosti. Tyto změny by pak měly velký dopad na zkvalitnění života nemocných. Součástí práce sociálního pracovníka by měla být aktivní účast na přednáškách a konferencích, které se zaměřují tímto směrem.<sup>52</sup>

- **Sociální složka paliativní péče se zaměřuje:**
- *Vyhodnocení psychosociální situace pacienta (identifikování individuálních potřeb pacienta, identifikování potřeb pacienta z hlediska jeho vztahové sítě a blízkých, vyhodnocení ekonomického zajištění a potřeb) a jeho blízkých*
- *Plánování péče za spolupráce multiprofesního týmu, účast na multiprofesních poradách, posilování, podpora a vytváření sociální sítě klienta, zajištění či zprostředkování komunikace*
- *Case management*
- *Edukaci, psychosociální podporu a podpůrnou péči o pacienta/pečující blízké, doprovázení blízkých osob*

---

<sup>51</sup> Srov. GŘIVA, Martin. *Paliativní péče v kardiologii*. Praha: Triton, 2018, ISBN: 978-80-7553-481-1, s. 208.

<sup>52</sup> Srov. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*, s. 488.

- *Vedení sociální dokumentace pacienta obsahující plán sociální složky paliativní péče a jeho průběh, hodnocení a změny s ohledem na vývoj psychosociální situace pacienta a jeho blízkých*
- *Sociální poradenství, administrativní spolupráci s úřady, správu finanční hotovosti a cenností pacientů v zařízeních paliativní péče, případně zastupování pacienta*
- *Zajištění respitní péče a koordinace této služby s cílem prevence vyčerpání neformálních pečujících*
- *krizovou intervenci a podporu při řešení konfliktů v rámci blízkých vztahů*
- *Péči o pozůstalé, poradenství a asistenci při přípravě pohřbů, podporu truchlícím blízkým*
- *účast na výběru a školení dobrovolníků, supervizi<sup>53</sup>*

### **3.3.1 Konkrétní činnosti sociálního pracovníka v hospici**

Sociální pracovník pracující v hospicovém zařízení by se měl umět dobře orientovat v sociálních strukturách společnosti. Měl by se umět pohybovat v mezilidských vztazích a sociálním světě. Také by měl být natolik vyzrálý, aby si uvědomoval pomíjivost lidského života. Jen tak může dospět k přesvědčení, že každý lidský život je jedinečný a žádný člověk není nadřazený druhým. Protože se sociální pracovníci v hospicích setkávají se smrtí mnohem častěji než jejich kolegové na jiných pracovištích, měli by i oni sami být smíření s lidskou konečností.

Sociální pracovník v hospicích nevykonává psychosociální podporu jen pacientům, ale i členům rodiny. Právě psychosociální podpora je nedílnou součástí paliativní péče. Pomáhá rodinám i pacientům smířit se s blízcí se smrtí. Kromě psychosociální podpory, ale vykonává i řadu dalších činností, které si v této kapitole popíšeme.

---

<sup>53</sup> PALIATIVNÍ MEDICÍNA. Standardy mobilní specializované paliativní péče [online] [23. 03. 2020]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy\\_mobilni\\_paliativni\\_pece\\_a4\\_final.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf)

### 3.3.2 Poradenská a informační služba

Je to právě sociální pracovník, s kým se setkáváme v hospicových zařízeních jako prvním. Právě on nás seznámí s chodem zařízení a se škálou poskytovaných služeb. Sociální pracovník přijímá a eviduje žádosti, spolu s multidisciplinárním týmem rozhoduje o tom, koho je možné přijmout. Domlouvá podrobnosti, které jsou zapotřebí pro nástup do zařízení. Sociální pracovník by měl mít dobře osvojené různé druhy komunikace, protože mnoho z prvních setkání se stává terapeutickým rozhovorem, obzvláště pokud jde o rodiny, které o své nemocné pečují už dlouhou dobu. Ale i tehdy, pokud se jedná o rodiny, které ještě nad přijetím do hospice váhají.<sup>54</sup>

### 3.3.3 Kontakt s rodinou a pacientem

I když jsou sociální pracovníci v hospicových zařízeních hodně zaměstnání administrativní činností, měl by pro ně stále být nejdůležitější kontakt s rodinou a nemocným pacientem. Sociální pracovník se obvykle setkává s pacientem při sociálním šetření, kde by s ním měl navázat vztah, který bude založený na vzájemné důvěře. Pro pacienta je velice důležité pochopení ze strany pečujících, kterým se po přijetí stává i sociální pracovník. Měl by ale také umět pomoci rodině, která prožívá velice těžké životní období, v němž se střídá strach a obavy z budoucnosti. Často bývá stěžejným úkolem otevřít komunikační bránu mezi pacientem a rodinou. Může to být i pro to, že se rodina nachází v jiné fázi smířování než samotný pacient. Sociální pracovníci, kteří mají odborné vzdělání nebo prošli psychoterapeutickým výcvikem, by měli být schopni vést s pacientem a jeho rodinou terapeutický rozhovor, díky němuž mohou komunikaci mezi zúčastněnými otevřít. Zde je kromě nutných odborných vzdělaností také nutný lidský přístup a smíření se s vlastní smrtelností. Jen díky tomu pak můžeme pomáhat dále. Sociální pracovník za účasti rodiny a pacienta vytváří individuální plán, kterým se poté budou pečující osoby řídit. Individuální plán lze měnit podle potřeb a přání pacienta.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Srov. STUDENT, Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 11an.

<sup>55</sup> Srov. tamtéž, s. 12.

### 3.3.4 Péče o pozůstalé

Péče o pozůstalé je dalším velice důležitým úkolem sociálního pracovníka v hospicových zařízeních. Bývá zvykem, že se v hospicových zařízeních pravidelně konají sezení s pozůstalými. Tyto sešlosti jsou ovšem jen jednou do roka a slouží spíše jako slavnostní jednorázové akce. Někdy je nutné pro pozůstalé rodiny udělat více, a to by opět mělo být součástí práce sociálních pracovníků. Pokud je to v jejich silách snažit se pozůstalým pomoci smutek nad ztrátou milované osoby přijmout bez co největších ztrát, nebo jim pomoci najít odbornou pomoc v podobě psychoterapie. Většinou však péči o pozůstalé zvládne sám sociální pracovník, protože rodina měla možnost strávit poslední období s umírajícím. Sociální pracovník se také zapojuje do práce při pomoci se zařizováním pohřbu, dědictví, vdovských důchodu atd.<sup>56</sup>

### 3.3.5 Práce s dobrovolníky

I když ve světě byli dobrovolníci součástí hospicové péče, téměř od začátku, u nás se na tento rozvoj muselo počkat. Až za pomoci dobrovolnických neziskových organizací se vytvořil systém, který pomohl zahrnout do hospiců i dobrovolníky. Bylo ovšem nutné vytvořit takové smluvní podmínky, jež budou chránit všechny zainteresované strany. Jakmile se všechna opatření vyřídila, mohli dobrovolníci začít pomáhat s doprovázením umírajících. Ať už se jedná o dobrovolníky, kteří studují sociální nebo zdravotní obory, nebo o dobrovolníky, pro něž je doprovázení životní náplní, je to činnost pro hospice nesmírně důležitá. Sociální pracovník obvykle bývá koordinátorem dobrovolníků, nebo ve větších hospicových zařízeních spolupracuje s koordinátorem dobrovolníků. Navrhuje, který z pacientů by přítomnost dobrovolníka nejvíce ocenil, a komu by prospěla.<sup>57</sup>

Dobrovolnická činnosti přináší do hospicových zařízení mnoho pozitivního nejen tím, že dobrovolníci zastanou mnoho potřebné práce, ale především vykonají mnoho dobrého v přímé práci s nemocným pacientem. Mnohdy to jsou právě dobrovolníci, kteří si ke klientovi svou angažovaností, milou povahou a komunikativností najdou velice rychle cestu. Dobrovolníky se nejčastěji stávají studenti, kteří se připravují nebo již studují obory pomáhajících profesí či nezaměstnaní lidé, kteří chtějí být pro někoho přínosem. Ale bývají

---

<sup>56</sup> Srov. STUDENT, Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 11an.

<sup>57</sup> Srov. tamtéž, s. 14.



jimi často i ženy na mateřské dovolené, které se během péče o děti chtějí dál pracovně rozvíjet.<sup>58</sup>

### 3.3.6 Práce s ostatními členy multidisciplinárního týmu

Sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu, a tak se účastní pravidelných setkání, kde si zástupci všech profesí sdělují potřebné informace. To je nezbytné proto, aby byly zajištěny potřeby klientů, ale také se díky nim může vyjasnit, proč se určitý pacient chová tak, jak se chová. Členové týmu by si měli být rovni. Každý by měl mít právo vyjádřit se a zapojit se do péče. Tato rovnováha může být pro nově příchozí zaměstnance zprvu velkým překvapením, protože na to ve svých předešlých zaměstnání nemuseli být zvyklí. Touto otevřeností a rovností se vyznačují hospicové multidisciplinární týmy.<sup>59</sup>

### 3.3.7 Administrativa

Administrativní činnost je součástí nejudné profese. Bohužel sociální pracovníci bývají někdy přímo až zahlceni „štosy papírů“, které je nutné vyřídit. A to jim poté ubírá čas, aby se mohli věnovat nemocným pacientům a jejich rodinám. Sociální pracovník v hospicových zařízeních většinou vyřizuje trvalé platby za pobyt, řeší s úřady práce příspěvky na péči atd. Díky tomu je pak pro většinu lidí pouhým úředníkem, a dost často je právě toto bariérou pro vytvoření vzájemného důvěrného vztahu mezi pracovníkem a rodinou. Administrativní činnost by měla být náplní práce administrativního pracovníka, jehož bohužel kvůli nedostatku financí není pro většinu hospicových zařízení možné si dovolit.<sup>60</sup>

## 3.4 Hospicový multidisciplinární tým

Aby byla paliativní péče úspěšná, je zapotřebí, aby byla věnovaná péče všem potřebám umírajícího pacienta. Tuto úlohu ovšem nemůže zvládnout pouze jeden specialista, je na to zapotřebí celá řada odborníků, kteří spolu spolupracují, navzájem si sdělují informace a nově získané poznatky o klientovi. Hovoříme zde o multidisciplinárním přístupu, který pokud je správně veden, může rodině a umírajícímu pacientovi na konci jeho života výrazně zmírnit

---

<sup>58</sup> Srov. MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 62.

<sup>59</sup> Srov. STUDENT, Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 11an.

<sup>60</sup> Srov. tamtéž, s. 11an.

bolest, jak fyzickou tak psychickou.<sup>61</sup> Za členy multidisciplinárního týmu by ovšem neměli být považováni pouze specializovaní odborníci, ale také rodina i samotný pacient. Právě ten má totiž v postupu péče rozhodující slovo. On sám si zvolí, jak bude jeho další léčba probíhat. Pouze v týmu, pro který je hlavním cílem uspokojení pacientových přání, může být zachována lidská důstojnost.

Hlavním cílem paliativního týmu je vytvořit takový plán, který bude sestaven dle přání a potřeb pacientů. Během práce s umírajícími pacienty musí každý člen týmu respektovat lidskou důstojnost, bez ohledu na věk, náboženství, postavení ve společnosti či sexuální orientaci. Profesionálním přístupem se zaměstnanci snaží vytvořit vztah, který bude založen na vzájemné důvěře. Zaměstnanci hospicové péče jsou si vědomi povinnosti zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se během péče dozvěděli. Aby multidisciplinární tým správně fungoval, je nutné, aby zaměstnanci respektovali i své kolegy a přistupovali k nim s úctou a vzájemně se podporovali.<sup>62</sup>

### **Multidisciplinární tým se obvykle skládá z těchto pomáhajících profesí:**

#### **Lékaři**

V hospici musejí mít lékaři specializaci v paliativní medicíně, ale i v dalších odbornostech. Po přijetí pacienta do péče vypracují lékaři budoucí plán péče, který se musí shodovat s cíli a přání pacienta a jeho nejbližších. Také musí navrhnout postup, pokud by u pacienta došlo ke zhoršení zdravotního stavu nebo k jiným komplikacím. Vždy je důležité, aby stanovená medikace byla pacientovi ku prospěchu a ulevila mu od bolestí tak, aby se mohl v noci vyspat a přes den odpočívat nebo se věnovat aktivitám dle svého výběru.

#### **Zdravotní sestry**

Přesto, že zdravotní sestry v hospici nemusejí mít specializované vzdělání v paliativní medicíně, jsou zde jisté dovednosti, které jim při práci nesmějí chybět. Patří sem emoční stabilita, tolerance, komunikativnost, schopnost pracovat v týmu, láska k lidem, odborné vzdělání, ale také touha po celoživotní snaze se učit. Ze všech zaměstnanců jsou to právě zdravotníci, kteří tráví s umírajícím a jeho rodinou nejvíce času, proto je důležitý jejich trvalý zájem o psychický stav pacienta. Zdravotní sestry v tomto případě nepracují pod

---

<sup>61</sup> Srov. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*, s. 27.

<sup>62</sup> Srov. MARKOVÁ, Alžběta, a kolektiv autorů. *Hospic do kapsy – Příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů, 2015, ISBN: 978-80-905809-4-7, s. 13.

lékařským vedením, jejich práce je samostatná a týmová zároveň, kreativní a velice zodpovědná. Součástí je také pečlivé vedení zdravotní dokumentace.

### **Psycholog, psychoterapeut**

Poslední etapa v životě člověka je plná specifických pocitů, myšlenek a potřeb se, kterými si umírající sám neví rady. V tomto případě je práce psychologů či terapeutů nenahraditelná. Nemocní potřebují pomoc s hledáním odpovědí na jejich otázky, s nevyslovenými přáními či pomoc s vyřešením rodinných křivd. Především ale potřebují pomoci se zvládnutím této náročné situace, kdy se pocity strachu, zlosti a smutku střídají rychlostí blesku. Psychický stav pacienta může být mnohdy bolestivější než bolesti tělesné. Proto je péče o duši při umírání tak nepostradatelná.

### **Sociální pracovník**

Protože cílem hospicové péče je, uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb umírajících je na místě, aby součástí týmu byl i sociální pracovník. Ten se stará o sociální problémy nemocných klientů a jejich rodin. Sociální pracovníci nejsou s pacienty v tak častém kontaktu jako zdravotní personál, to ovšem neznamená, že by na uspokojování jejich potřeb zanevřeli. Sociální pracovníci zde plní funkci prostředníka, kdy spojují pacienty za zdmi hospiců s venkovním světem. Snaží se zprostředkovávat a zařizovat osobní přání klientů, ale také za ně vyřizují administrativní úkony.

### **Fyzioterapeut**

Fyzioterapeut se primárně věnuje individuálním potřebám pacienta. Pomocí rehabilitace se snaží mírnit fyzické následky onemocnění. Pokouší se optimalizovat funkční schopnosti klienta hospice, a tak mu umožnit lepší fyzickou nezávislost. Fyzioterapeut se zabývá především rehabilitací, ale jeho práce může mít i psychologický efekt. V hospici se uplatní fyzioterapeut s empatickým přístupem.

### **Pastorační pracovník**

Spirituální potřeby si v sobě nese každý z nás, bez ohledu na to zda vyznáváme či nevyznáváme náboženskou víru. V nitru každý toužíme po uzavření svého života, po klidném spočinutí v lásce a bezpečí. Duchovní služby v hospicových zařízeních se snaží zmírnit utrpení spojené s onemocněním a myšlenkou konce života. Tato služba je součástí hospicové péče a je vykonávána pastoračními pracovníky. Je poskytována všem, kdo o ní v hospici požádají, věřícím i nevěřícím.

## Dobrovolníci

Dobrovolníci jsou v hospicovém týmu cenou složkou. Většinou jsou pod vedením koordinátora dobrovolníků nebo je vedou sociální pracovníci. Ti jim podle schopností a aktuálních potřeb klientů rozdělují úkoly. Dobrovolníci pomáhají tvořit v hospicích domácí atmosféru. Díky času a chuti, kterou práci věnují, nahrazují někdy osamoceným klientům rodinné příslušníky.

V čele hospiců jsou lékaři a zdravotnický personál, který je obdobný jako v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních. Proto, aby byly naplněny všechny potřeby umírajících pacientů, je zde kladen velký důraz na přítomnost sociálního pracovníka, psychologa, kněze nebo pastoračního asistenta. Duchovní pracovníci jsou veřejností přijímány s rozpaky. Společnost často nabývá dojmu, že hospicová zařízení mají čistě církevní ráz. Hospice ovšem poskytují péči všem bez rozdílu víry či náboženského zaměření. Netypická je také účast dobrovolníků, kteří jsou součástí týmu. Poskytují pomoc přímou nebo nepřímou, dle svých zkušeností a možností. Přímou práci mohou dobrovolníci vykonávat u lůžka nemocného, kdy si s ním povídají nebo mu předčítají z knih. Nepřímou pomocí se zde myslí například pomoc při organizování kulturních akcí nebo při hledání sponzorů. Možností jak pomoci s péčí nebo rozvojem je mnoho, a tak se dobrovolníkem může stát každý.<sup>63</sup>

Funkční pracovní tým v hospicovém prostředí by měl být schopen shodnout se na postupech při řešení pacientových přání a problému. Pracovníci by si měli být schopni mezi sebou předávat relevantní informace, navzájem se mezi sebou učit a být za jedno v konečných etických rozhodnutích.<sup>64</sup> Pro multidisciplinární tým je proto klíčovou schopností komunikace. Díky té jsou schopni odhalit, co pacienta v jeho konečné fázi života trápí a co by si přál. Je nutné, aby každý člen multidisciplinárního týmu měl během pravidelných porad prostor pro vyjádření svého názoru. Ne vždy jsou to totiž lékaři či sociální pracovníci, komu se pacienti svěřují. Někdy to mohou být ošetřovatelé nebo dobrovolníci. Proto je zde tak kladen důraz na multidisciplinaritu v týmu. Komunikace se v týmu dělí do dvou forem. Na formu formální a neformální. Formální komunikace zde

---

<sup>63</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*, s. 62.

<sup>64</sup> Srov. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, ISBN: 978-80-247-3676-1, s. 25.

probíhá spíše písemnou formou, kdy všichni členové týmu včetně rodiny a pacienta pravidelně zaznamenávají všechny zjištěné informace, které by mohly vést k celkové pohodě pacienta. Tyto dokumenty jsou dostupné všem členům týmu. Mezi další formální způsoby komunikace se řadí již zmíněné pravidelné schůze, které bývají zpravidla jednou do týdne. Zdravotní sestra, která má v péči klienta, ho obvykle na schůzi představí a ostatní členové pak mají možnost se vyjádřit a sdělit svůj profesionální pohled. Během těchto pravidelných schůzí se často najde řešení, jak pomoci pacientovi s naplněním jeho potřeb. Neformální komunikace zde znamená otevřenost a důvěru mezi členy týmu, kteří pečují navzájem i o sebe. Vstřícné chování a zájem o své kolegy je důležitý pro celkovou pohodu v týmu.<sup>65</sup> Nedirektivní a partnerský vztah zaměstnanců je pravděpodobně to, co umírající a jejich rodiny v hospici ocení nejvíce. Týmová spolupráce boří profesní bariéry a vnáší do hospicové péče lidskost, kterou můžeme v jiných institucích postrádat. V konečné fázi života bývá pro umírající nejdůležitější přítomnost jejich blízkých, což personál v hospicích plně podporuje.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> Srov. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 20.

<sup>66</sup> Srov. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*, s. 514.

## Závěr

Paliativní a hospicová péče dbá na zachování kvality života pacientů v terminálním stádiu nemoci. Zmírňuje tělesné bolesti a snaží se udržet pacienta v sociálních vztazích s rodinou a blízkými přáteli. Proces umírání je v paliativní a hospicové péči vnímán jako součást lidského života, a tak by se k němu také mělo přistupovat s empatickým, individuálním přístupem a respektem k pacientovi a jeho nemoci. Cílem mé bakalářské práce bylo komplexně popsat fungování paliativní a hospicové péče se zaměřením na sociální práci a sociálního pracovníka v tomto typu zařízení.

Sociální pracovník v hospici zastupuje několik rolí, které se mezi sebou vzájemně propojují. V tomto případě nelze určit, jaká pracovní náplň je pro tuto profesi ústřední. I když sociální pracovník nebývá s klientem v každodenním kontaktu jako jeho kolegové, neznamená to, že by se na naplňování jeho potřeb nepodílel. Právě naopak, sociální pracovník musí, obsáhnou celou řadu úkolů, které jsou nezbytné pro chod celého zařízení. Za pomoci odborné literatury bylo zjištěno, že sociální pracovník vystupuje jako reprezentant instituce, kdy se stává prvním, s kým rodina naváže kontakt. Stejně tak zastupuje organizaci při styku s veřejností. Je, ale i poradcem pro samotné klienty a jejich rodiny v odborných záležitostech, ale i v běžných věcech. Stejně jako ostatní členové týmu se i sociální pracovník může stát doprovázející osobou při samotném umírání. Dále je také koordinátorem při práci s dobrovolníky a praktikanty. Má zde i roli manažera, kdy se stará o chod a zajišťování finančních prostředků, vyřizuje administrativní povinnosti, na které ostatní pracovníci nemají prostor a čas. Práce sociálního pracovníka je psychicky velice náročná a jsou na ni kladeny vysoké požadavky. Kromě osobnostních předpokladů jako jsou empatie, trpělivost, pokora, flexibilita by měl být také dostatečně vzdělaný v odborné problematice tohoto oboru. Sociální pracovník je pro tým nepostradatelnou součástí, bez které by nebylo možné naplnit sociální potřeby umírajících.

Díky získaným poznatkům z odborné literatury a školní praxe v domácím hospici Athelas, kde jsem měla možnost nahlédnout také do praktického fungování takového typu zařízení a seznámit se tak i s prací sociálního pracovníka, jsem si uvědomila, že umírání nemusí být vždy traumatizujícím zážitkem. Cesta ke konci života může být plná lásky, porozumění a odpuštění ve smyslu urovnávání vztahů v rodině.

## Seznam pramenů a odborné literatury

- ANTONOVÁ, B., MARKOVÁ, A., KUBÁČKOVÁ, P., SLÁMOVÁ, R., 2018. Praktický průvodce koncem života. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.
- BYOCK, I., 2005. Dobré umírání. Praha: Vyšehrad, spol. ISBN 80-7021-797-9
- EKMAN, P., 2015. Odhalené emoce. Příbram: Jan Melvil Publishing. ISBN 978-80-87270-81-3.
- ELICHOVÁ, M., 2017. Sociální práce aktuální otázky. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4.
- GŘIVDA, M., 2018. Paliativní péče v kardiologii. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-481-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. Thanatologie nauka o umírání a smrti. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- CHRISTOPH, J., 2006. Sociální práce v hospici a paliativní péči. Praha: H&H Vyšehradská. ISBN 80-7319-059-1.
- NEZBEDA, O., 2016. Průvodce smrtelníka. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7432-747-6.
- MÁTEL, A., 2019. Teorie sociální práce I. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2825-9.
- MARKOVÁ, A., 2015. Hospic do kapsy. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7
- MARKOVÁ, M., 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3171-1.
- MATOUŠEK, O., a KOLEKTIV, 2008. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4
- MATOUŠEK, O., a KOLEKTIV, 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2005. Sociální práce v praxi. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- PALIATIVNÍ MEDICÍNA. [online] [cit. 23. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz>
- SENIOR ZONE. [online] [cit. 22. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/>

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., 2011. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

SOCIALNI PRÁCE. [online] [cit. 25. 2. 2020]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/index.php>

SVATOŠOVÁ, M., 2011. Hospic a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠPATENKOVÁ, N., a KOLEKTIV, 2014. O posledních věcech člověka. Praha: Galen. ISBN 978-80-7492-138-4

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., 2004. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0279-7.



## **Abstrakt**

### **Přínos sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu**

**Klíčová slova:** Sociální práce, hospic, multidisciplinární tým, paliativní péče, umírání, smrt, sociální práce v hospici, fáze umírání.

Bakalářská práce se zaměřuje na postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu hospice. Jaká je jeho role v multidisciplinárním hospicovém týmu. Jaký je jeho popis práce a jeho pracovní schopnosti a dovednosti. Dále práce popisuje formy hospicové péče a historii v České republice. Také se zaměřuji na potřeby pacienta při umírání. Obecně se zaměřuje na paliativní péči a její rozdělení na obecnou a specializovanou.

## **Abstract**

### **The benefit of a social worker in a multidisciplinary hospice team**

**Keywords:** Social work, hospice, multidisciplinary team, palliative care, dying, death, social work in hospice, dying stage.

The bachelor thesis focuses on the post-social worker in the hospice multidisciplinary team. What is his role in the multidisciplinary hospice team. What is his job description and his working abilities and skills. Next, the thesis describes the forms of hospice care and histories in the Czech Republic. Furthermore, I focus on the patient's needs for dying. In general, I also focus on palliative care and its division into general and specialized.