

Zdravotně sociální pracovník jako součást multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči

Monika Navrátilová, DiS

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Monika Navrátilová, DiS.**
Osobní číslo: **H190730**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Zdravotně sociální pracovník jako součást multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti zdravotně sociální práce v multidisciplinárním týmu v domácí hospicové péči.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků kvalitativního výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- CONNOR, S. R. *Hospice and Palliative Care. The Essential Guide*. Third Edit. New York: Routledge, 2018. ISBN 978-1-138-64861-6.
- JANKOVSKÝ, J., M. HOLUB a kol. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. ISBN 978-80-7421-088-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- MÁTEL, A. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.
- TOMEŠ, I., E. DRAGOMIRECKÁ, K. SEDLÁROVÁ a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, CSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá identifikací zdravotně sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu domácí hospicové péče. Cílem práce je představit na základě odborné literatury efektivní komplexní paliativní péči poskytovanou v domácí hospicové péči klientům v terminálním stádiu onemocnění. Zprostředkována je významná úloha zdravotně sociálního pracovníka, jako člena multidisciplinárního týmu pracovníků, v péči o umírající pacienty v domácím prostředí se zřetelem na kvalitu poskytované zdravotně sociální práce se zachováním pacientovy důstojnosti a principů etických hodnot. V empirické části jsou uvedeny výsledky kvalitativního výzkumu zaměřeného na zastoupení, akceptování a spolupráci zdravotně sociálního pracovníka se členy multidisciplinárního týmu, s využitím techniky rozhovorů se zdravotně sociálními pracovníky, kteří poskytují paliativní péči klientům v domácím prostředí.

Klíčová slova: zdravotně sociální pracovník, hospicová péče, paliativní péče, umírání, multidisciplinární tým, etické hodnoty

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the identification of a health and social worker as a member of a multidisciplinary home hospice care team. The aim of the thesis is to present based on professional literature effective comprehensive palliative care provided in home hospice care to clients in the terminal stage of the disease. The important role of the health and social worker, as a member of a multidisciplinary team of workers, in the care of dying patients in the home environment is mediated taking into account the quality of the health and social work provided while preserving the patient's dignity and principles of ethical values. The empirical part presents the results of qualitative research focused on the representation, acceptance and cooperation of the health and social worker with members of a multidisciplinary team, using the technique of interviews with health and social workers who provide palliative care to clients in the home environment.

Keywords: health and socialworker, hospice care, palliative care, dying, multidisciplinary team, ethicalvalues

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. RNDr. Jaroslavě Pavelkové, CSc., za cenné poskytnuté rady a vstřícný přístup při vedení a zpracovávání této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sociálním pracovnícím z vybraných zařízení, které se mnou ochotně spolupracovaly

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PÉČE O NEVYLÉČITELNÉ OSOBY V TERMINÁLNÍM STÁDIU ŽIVOTA	13
1.1 PALIATIVNÍ PÉČE	14
1.2 POBYTOVÁ HOSPICOVÁ PÉČE.....	17
1.3 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE	18
1.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V PÉČI O NEVYLÉČITELNÉ OSOBY	20
2 PRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI	23
2.1 VÝZNAM ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PALIATIVNÍ PÉČI	24
2.2 ROLE A PROFESNÍ PŘÍSTUP ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	25
2.3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK JAKO SOUČÁST MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE	27
2.4 SPOLUPRÁCE S RODINOU V PÉČI O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉHO	28
3 ETICKÉ PRINCIPY V HOSPICOVÉ PÉČI.....	29
3.1 UMÍRÁNÍ	30
3.2 ETICKÉ PROBLÉMY ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PŘI POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE.....	31
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
4 METODOLOGIE.....	34
4.1 METODIKA VÝZKUMU	34
4.2 CÍL PRÁCE A STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	35
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	37
5 ANALÝZA DAT.....	38
5.1 ZPRACOVÁNÍ A VÝSLEDKY	38
5.2 PRACOVNÍ NÁPLŇ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	42
5.3 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY, SCHOPNOSTI A DOVEDNOSTI PODSTATNÉ PRO VÝKON SOCIÁLNÍ PRÁCE V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI.....	45
5.4 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK JAKO SOUČÁST MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU.....	47
6 DISKUZE	52
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
SEZNAM TABULEK.....	60

SEZNAM PŘÍLOH.....	61
---------------------------	-----------

ÚVOD

“Jsi důležitý, protože jsi. Jsi důležitý do poslední chvíle tvého života, a my uděláme vše, co je v našich silách, nejen abychom ti pomohli zemřít v pokoji, ale abychom ti pomohli žít, než zemřeš.” (C.Saunders, zakladatelka hospice Sv. Kryštofa, Londýn, 1967).

Předložená bakalářská práce je věnována představení role zdravotně sociálního pracovníka jako součásti multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči. Umírání je součástí lidského života a každý člověk tuto závěrečnou část svého bytí prožívá individuálně. Pacienti v terminální fázi života jsou často izolovaní nejen od společnosti, ale i od svých blízkých a umírají v neosobním prostředí nemocnic. V současné době se v České republice hodně hovoří o možnosti pro nevléčitelně nemocné prožít poslední chvíle života doma a tato skutečnost se tak dostává do popředí zájmu společnosti. Zařízení, které se věnují právě těžce nemocným umírajícím pacientům a snaží se jim zajistit důstojný a bezbolestný život až do konce, jsou hospice. Paliativní hospicová péče je určena k tomu, aby pacientu s nepříjemnými symptomy závažného onemocnění, včetně bolesti, ulevila. Jejím hlavním cílem je zachovat kvalitu života a důstojné bezbolestné umírání každého pacienta/klienta i v jeho závěrečné etapě.

Hospicová péče však není zaměřena jen biologickou stránkou života pacienta, ale důležité je pracovat se všemi ostatními oblastmi, tedy s oblastí psychologickou, sociální a spirituální. Aby bylo dosaženo naplnění všech potřeb člověka, v hospicové péči spolupracují zdravotnické profese spolu s dalšími odborníky, jako je zdravotně sociální pracovník, sociální pracovník, psycholog nebo duchovní. Spolu tvoří multidisciplinární tým. Na téma multidisciplinárních týmů bylo vydáno několik metodik a akademických prací s ohledem na oblast, ve které hospicová paliativní péče působí. Multidisciplinární tým slouží nemocným v jejich nemoci i umírání a v každé situaci respektuje lidskou důstojnost a pomáhá rodině, která se rozhodla pečovat o svého blízkého nemocného v domácím prostředí.

Cílem práce je přiblížení profese zdravotně sociálního pracovníka v domácí hospicové péči a jeho nezastupitelné úlohy v péči o umírající a jejich blízké, neboť kdo jiný lépe porozumí sociálním potřebám klientů než samotní zdravotně sociální pracovníci.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První kapitola je věnovaná vymezení základních pojmů, jako je hospicová a paliativní péče, porovnání jednotlivých forem hospicové péče, aj. Druhá kapitola

pojednává o významu zdravotně sociálního pracovníka jako součásti multidisciplinárním týmu, jeho nezastupitelnosti v domácí hospicové péči a úloze ve spolupráci s rodinou a blízkými nemocného. Třetí kapitola je věnována etickým problémům či dilematům, se kterými se zdravotně sociální pracovník může setkat. Můžeme mezi ně zařadit např. problematiku eutanazie či vlastní umírání.

V empirické části práce je prostřednictvím kvalitativního výzkumu, technikou polostrukturovaných rozhovorů, představena a popsána role zdravotně sociálního pracovníka ve třech mobilních hospicích a následně ověřeno, jak je tato role reflektována samotnými zdravotně sociálními pracovníky v praxi. Na základě vyhodnocení kvalitativního výzkumu jsou představena doporučení pro praktické využití při poskytování zdravotně sociální péče klientovi a jeho rodině v domácí hospicové péči.

Hospicová a paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života lidí, jejichž onemocnění je ohrožuje na životě. Domácí hospicová péče poskytuje všestrannou pomoc a podporu rodinám, které se rozhodly umožnit svému blízkému zemřít v domácím prostředí. Představuje možnost strávit poslední okamžiky života ve známém prostředí, důstojně a s respektem na potřeby nemocného a jeho blízkých. Proto je také jedním s cílů hospicové péče co nejvíce rozšířit podvědomí o této službě, aby byla umožněna více lidem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O NEVYLÉČITELNÉ OSOBY V TERMINÁLNÍM STÁDIU ŽIVOTA

„Hospicová péče vychází z úcty k lidskému životu a také člověku samotnému, kterého považuje za jedinečnou a neopakovatelnou bytost. Každému pacientovi hospic garantuje, že nebude v posledních chvílích svého života trpět nesnesitelnými bolestmi, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a nezůstane v těchto důležitých posledních chvílích jeho života sám.“ (Svatošová, 2011, s. 123)

Pro současnou společnost je téma umírání a smrt vnímáno s úzkostnou obavou. Zdravotníci bojují za každý lidský život a smrt berou jako svého protivníka. Smrt je ale přirozený koloběh života, a tak, když medicína nedokáže člověka uzdravit, měla by mu alespoň zajistit důstojný a co možná nejvíce kvalitní závěr života. V České republice probíhá rozvoj paliativní a hospicové péče v posledních dvaceti letech. Rozvoj hospice jako specializovaného samostatného zařízení pro nemocné v terminálním stadiu nemoci nastal okolo přelomu 20. století. Vznik má souvislost s rozvojem moderní medicíny, která však nebyla schopna uspokojit veškeré potřeby umírajících. (Kupka, 2014)

Elisabeth Kübler-Ross (2015) zastává názor, že hospicová péče je vlastně obnovený starý zvyk. Konec života je nevyhnutelný a vznik této péče pomáhá umírajícímu i jeho rodině, která se musí vyrovnat s nastávající ztrátou milovaného člověka.

Jméno, které je spjato s historií hospicové péče, je MUDr. Marie Svatošová. V roce 1993 založila občanské sdružení *Ecce homo* (Ejhle člověk). Prvním úspěšným počinem tohoto sdružení bylo v roce 1995 ve spolupráci s Diecézní charitou Hradce Králové vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. (Adam a kol., 2004)

Podle Matouška a kolektivu (2013), je hospicová péče forma komplexní péče o nemocné v terminálním stadiu choroby. Charakterizují hospic jako zdravotně-sociální zařízení pro paliativní medicínu. Základním posláním hospiců je vnášení lidskosti, podpory a etických hodnot do péče o umírající, a současně důraz na úlevu od všech nepříjemných symptomů nemoci. Ač je hospicová a paliativní péče chápána jako péče podobná, je mezi nimi rozdíl.

Zatímco paliativní péče zahrnuje péči o nemocného ve všech stádiích nevléčitelného onemocnění a při jejím poskytování není vyloučeno, aby byla poskytována současně s léčbou kurativní, hospicová péče je již konkrétně zacílena na nemocné v poslední fázi jejich života a na samotný proces umírání. Hospicová péče poskytuje podporu pacientům v

terminální fázi onemocnění a zaměřuje se již pouze na léčbu symptomů, nikoli na léčbu samotného onemocnění. (Mrocek, 2017)

Svatošová (2011) rozděluje hospicovou péči na domácí hospicovou péči, stacionární hospicovou péči a lůžkovou hospicovou péči.

Domácí hospicová péče je druh paliativní péče, která je nemocnému poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí. Je zpravidla nejvhodnější formou a zároveň nej přijatelnějším způsobem péče a umožňuje aktivizaci rodiny a přátel do péče o nemocného. Zároveň poskytuje podporu a pomoc blízkým pečujícím osobám. Na hranice jejich možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem vyčerpá, prostě dojdou síly. V případě, že domácí hospicová péče již není dostačující, přichází v úvahu stacionární hospicová péče nebo lůžkový hospic.

Stacionární hospicová péče je zařízení, kde je nemocný přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací zpět domů. Je alternativou mezi domácí a lůžkovou domácí péčí. Důvodů pro rozhodnutí k tomuto typu zařízení je více, ať už potřeba zvládnout bolest, která se v domácích podmínkách nedaří, podávání paliativní léčby, nebo se jen rodina nemůže přes den o svého nemocného postarat. Protože se jedná o dojíždění do zařízení, tento typ je vhodný pro ty nemocné, kteří bydlí v bližším okolí. Ne vždy, je kvůli transportu nemocného tento typ vhodný.

V případě, že pro umírajícího a jeho blízké jsou fyzické i psychické rezervy již vyčerpány, domácí nebo stacionární péče již nestačí, je možné využít služeb lůžkového hospice.

Lůžková hospicová péče má společné znaky s lůžkovým oddělením nemocnice, např. pravidelné lékařské a sesterské vizity. Hospicová péče je však více přizpůsobena nemocnému, jeho potřebám a přáním. Je kladen důraz na to, aby mohli být nemocný a jeho blízcí v kontaktu kdykoli. Návštěvní hodiny jsou proto v hospici neomezené. Další možností, jak být co nejvíce se svou rodinou, je možnost ubytování přímo v hospici spolu s nemocným. (Svatošová, 2011)

1.1 Paliativní péče

„Paliativní péče je interdisciplinární odbor medicíny, který se zaměřuje na prevenci a zmírnění utrpení a na podporu nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin, kteří čelí závažnému onemocnění. Primárními zásadami paliativní péče je zmírnění nepříjemných symptomů; respektování lidské důstojnosti v souladu s hodnotami a

možnostmi pacienta; trpělivá a důsledná komunikace mezi pacientem a všemi osobami, které se věnují jeho péči; psychosociální, duchovní a praktická podpora pacientů a jejich rodinných pečovatelů; a koordinace pobytu pacienta mezi různými místy péče.“ (Mrocek, 2017, s. 14)

Paliativní péče je forma přístupu, který pacientům a jejich rodinám zprostředkuje úlevu od utrpení pomocí včasné identifikace a zhodnocení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních problémů. (Connor, 2018)

Podle Matouška a kolektivu (2013), je paliativní (hospicová) péče forma cílevědomé kvalifikované podpory lidí, který trpí závažnou nevyлéčitelnou a život zkracující chorobou. Rozvoj paliativní péče probíhá ze tří důvodů. První z důvodů je reakce na opuštěné a bolestivé umírání, druhý důvod odosobnění umírání lidí, vytržených ze svého přirozeného prostředí. Třetím důvodem je eutanazie, jako vědomé usmrcení člověka na jeho žádost. Paliativní péče eutanazii odmítá, vychází z úcty k životu a smrt chápe jako přirozenou součást života.

Více paliativní péči rozvádí Haškovcová (2007):

- paliativní péče poskytuje úlevu od bolesti;
- chápe život a smrt jako přirozený proces;
- neusiluje o urychlení, ani nepřiměřené zadržování smrti;
- zapojuje do péče o pacienty psychologické a spirituální aspekty;
- podporuje pacienty v přiměřeně aktivním životě až do smrti;
- nabízí podporu rodinám pacientů, která jim umožňuje vyrovnat se s onemocněním jejich blízkého i s vlastním zármutkem;
- podporuje týmový přístup, kterým umožňuje reagovat na potřeby nemocných a jejich rodin;
- podporuje kvalitu života nemocného a může kladně ovlivňovat průběh onemocnění;
- je použitelná i v rané fázi onemocnění současně s jinými druhy léčby, které jsou určeny k prodloužení života a obsahuje všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobující utrpení nemocnému.

Paliativní medicína bývá také nazývána útěšnou, zmírňující. Většina lékařů a odborníků se shoduje na tom, že hlavním cílem paliativní medicíny je zlepšování kvality života nemocného a jeho rodiny. Hodnotový systém je pro každého člověka jinak nastaven, a proto je nesmírně důležité poznat a pochopit, co má pro nemocného a jeho blízké cenu a co naopak nikoliv. (Haškovcová, 2007)

Podle Kabelky (2017), jsou dvě úrovně paliativní péče, a to obecná a specializovaná.

Obecná paliativní péče

Je označována za dobrou péči, která je poskytována zdravotníky ve zdravotnickém zařízení těžce nemocnému v pokročilém stádiu onemocnění. Součástí této péče je dobrá komunikace, jak s nemocným, tak také s jeho rodinou. Léčba se orientuje na kvalitu života, léčbu symptomů a na psychickou podporu. Tuto péči by měli umět poskytnout všichni lékaři ve své klinické praxi.

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována nemocným a jejich rodinám multidisciplinárním týmem, který je v této péči speciálně vzdělaný. Tato péče je hlavní náplní paliativního týmu a je indikována u pacienta a jeho rodiny, kteří mají problémy, jež přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.

Specializovaná paliativní péče má tyto formy: 1. oddělení paliativní péče ve zdravotnických zařízeních (nemocnice), 2. domácí hospice (tzv. mobilní hospic), 3. lůžkové hospice, 4. konziliární týmy paliativní péče, 5. ambulance paliativní péče, 6. denní stacionáře paliativní péče, 7. specializované hospicové poradny a tísňové linky, 8. půjčovny pomůcek. (Marková, 2010)

Z výše uvedeného je zřejmé, že paliativní medicína zahrnuje více pojmů a šířeji vnímá člověka, ale ten je stále v centru jejího zájmu, a to bez ohledu na to, v jaké fázi onemocnění či zdravotním stavu se aktuálně nachází. V její představě není člověk chápán a vnímán jen jako bytost fyzická, duševní, sociální, ale též spirituální, což samo o sobě odkazuje i k úkolům, jež si paliativní medicína klade. Jelikož se paliativní medicína v České republice začala rozvíjet až po roce 1989, mají některé vyspělé evropské země náskok, který jsme dosud stále nedohnali.

1.2 Pobytová hospicová péče

Matoušek (2016) charakterizuje hospicovou péči jako terminální péči o nemocné, která je poskytována ústavní formou. Je založena na paliativní medicíně a klade důraz na kvalitu života nemocného. Zároveň do své působnosti zahrnuje péči o blízké umírajícího. Zohledňuje psychické, duchovní i vztahové potřeby nemocného, tělesné potřeby ustupují do pozadí.

„Termín hospic byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku, který znamená útulek nebo útočiště.“ (Haškovcová, 2007, s. 39)

Jak již bylo zmíněno, první český hospic Hospic Anežky České, byl otevřen 8. 12. 1995 v Červeném Kostelci. Kapacita 26 lůžek se ukázala jako optimální, aby nebylo zařízení příliš drahé a přitom neztratilo rodinný ráz a příjemnou atmosféru. Věk pacientů kolísal od 24 do 96 let. Zpočátku byla hospicová zařízení chápána jako něco *„něco méně než nemocnice“*, s rozvojem paliativní medicíny jsou přijata a zařazena do systému zdravotnictví a dnes uznávána jako *„něco více než nemocnice“*. Poskytovaná péče a léčba je totiž obdobná jako v nemocnici, poskytuje však i něco navíc. (Vorlíček a kol., 2004)

Lůžková hospicová péče v České republice je nestátní zdravotnické zařízení, které je financována z více zdrojů. Tyto zdroje jsou veřejné zdravotní pojištění, příspěvky na péči, příspěvek nemocného a dary sponzorů. Filozofie paliativní a hospicové péče ve v určité míře překrývají a působí jako synonymum. (Kisvetrová, 2018)

Prostředí pobytové hospicové péče by mělo nemocnému co nejvíce připomínat domov. Je-li to jen trochu možné, tak většinu věcí si pacient může rozhodnout sám, např. svůj doprovod, návštěvy, čas podávání jídla, hygienu, aj. V terminální fázi onemocnění může být pro pacienta nejdůležitější právě přítomnost jeho blízkého. Proto jsou návštěvy neomezené a přizpůsobené nemocnému. V hospici jsou i společné prostory, kde se jedinci mohou (pokud chtějí) setkávat. O přijetí do hospice rozhoduje na základě zdravotního stavu pacienta paliativní (hospicový) lékař a měla by být dána přednost vždy těm pacientům, u nichž je předpoklad, že jejich onemocnění v krátké době povede ke smrti. (Svatošová, 2011)

Vorlíček a kolektiv (2004) zdůrazňují jako nezbytnou podmínku kvalitní hospicové péče vysoce motivovaný a odborný personál. Uchazeč o zaměstnání musí být vyrovnán s vlastní smrtelností a mít správné osobnostní předpoklady. Partnerského a nedirektivního přístupu si nemocní ve spolupráci s personálem cení nejvíce. Taktéž je nezbytná týmová

spolupráce, která zahrnuje nemocného, jeho rodinu i blízké. Jediným omezením, kterým se hospic řídí je stav a přání pacienta.

Na základě uvedených skutečností je zřejmé, že budovat a rozvíjet hospicovou péči má velký smysl. Umírání je dnes často děsivé, protože se stává osamělé, odlidštěné a neosobní z důvodu vytržení nemocného z jeho domácího prostředí. Z tohoto důvodu je důležité, abychom se snažili pacienta slyšet a vnímat jako člověka. Existence a význam hospiců je nezastupitelný a ocení jej nemocní, jejich pečující, ale i zdravotnický systém.

1.3 Domácí hospicová péče

Většina nemocných si přeje strávit závěr života ve svém domácím prostředí a se svými blízkými, a proto je pro ně domácí hospicová péče přínosem. V době, kdy je důraz kladen i na ekonomiku, je průkazné, že domácí hospicová péče snižuje náklady na hospitalizaci, ale i případných služeb pohotovosti. Domácí hospicová péče je druh paliativní péče, která je nemocnému poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí. Zároveň poskytuje podporu a pomoc blízkým pečujícím osobám. Aby byla tato forma hospicové péče možná, je nezbytné, aby byla rodina nemocného ochotná o něj pečovat. (Svatošová, 2011)

„Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejich možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem vyčerpá, prostě dojdou síly.“ (Svatošová, 2011, s. 127)

Terénní nebo také domácí hospic se historicky rozvíjel od 70. let minulého století, a to hlavně ve Velké Británii a USA. První mobilní hospice v České republice vznikly jako návaznost na kamenné hospice po roce 1995. Jedním z nich je i Cesta domů. (Vorlíček a kol., 2004)

Definice obecných předpokladů pro domácí hospicovou péči, podle Slámy a kolektivu (2011), jsou:

- nemocný si přeje péči v domácím prostředí;
- rodina (blízcí) jsou ochotni převzít část péče;
- je třeba, aby všichni zúčastnění (pacient, rodina, lékař, zdravotní sestra, zdravotně sociální pracovník) měli na průběh péče stejný názor;
- ustanovení plánu pravidelné péče s řešením akutních situací.

Pro pečující je v domácím prostředí nezbytně nutné zajistit pomoc i psychologickou oporu. Některé ošetrovatelské úkony se rodina naučí od zkušených zdravotnických pracovníků, jiné však musí zajistit zdravotníci. Je žádoucí, aby úroveň a kvalita domácí hospicové péče byla stejně vysoká jako v profesionálním zdravotnickém zařízení. (Haškovcová, 2007)

Vznik mobilních hospiců je přínosem pro pečující rodinu. Personál hospice dokáže pomoci s každodenní péčí o nemocného, zapůjčením kompenzačních pomůcek, ale také s psychickou podporou pečujících.

Správná terminologie pro domácí hospic je tzv. **tým mobilní specializované paliativní péče**. Domácí hospicová péče je zdravotní služba, kterou zajišťují lékaři a sestry. Zdravotní tým vede lékař s odborností paliativní péči a služba je nemocnému k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Nemocnému se dostane potřebné péče a léčby, aniž by byl hospitalizovaný v nemocnici. Pro mobilní hospic je charakteristické úzké propojení zdravotních a sociálních služeb. Základním rysem domácích hospiců je multidisciplinární složení týmu a musí splňovat kritéria stanovená Českou společností paliativní medicíny. V týmu musí být vždy kvalifikovaný lékař a zdravotní sestry v rozsahu minimálně pěti úvazků, které zajišťují nepřetržitou pohotovostní službu. Nezbytnou součástí týmu je zdravotně sociální pracovník/sociální pracovník, dále duchovní nebo psychoterapeut. Domácí hospice poskytují i další formy sociálních služeb, např. terénní odlehčovací službu, pečovatelskou službu, atd. Ale i přes nesporné výhody, tato služba není vhodná pro všechny. Nemocný potřebuje vedle sebe někoho, kdo bude reagovat na všechny jeho potřeby. Tuto péči mu zajišťuje rodina, která si péči o nemocného může mezi sebou rozdělit. V některých případech se ale stává, že rodina tuto péči přestane zvládat. Rozhodně to není třeba brát jako osobní selhání. Péče o nemocného může pak probíhat v lůžkovém hospici, kde péče pokračuje ve stejném režimu za přítomnosti rodinných příslušníků. (Slámová a kol., 2018)

Podle Haškovcové (2007), jsou nejčastější důvody pro ukončení domácí hospicové péče:

- rodina pacienta se dlouhou službou unaví a vyčerpá;
- v rodině se vyskytne další závažný problém;
- rodina péči o nemocného nezvládá nebo nemůže zvládnout, protože je příliš odborné;
- prostředí, kde probíhá péče, je příliš prostorově malé nebo nevyhovující.

Dnešní doba nabízí možnost volby v péči o nemocného člena rodiny. Ze strany mobilního hospice je škála podpory pacienta i pečujících široká. Pokud je i přes to tato forma péče pro rodinu vysilující, stresující nebo jinak neúnosná, nemusí se této situace obávat a využít služeb kamenného hospice. V i v prostředí kamenného hospice bude středobodem zájmu nemocný, jeho důstojnost a všechny jeho potřeby.

1.4 Multidisciplinární tým v péči o nevléčitelné osoby

Aby byly uspokojeny všechny biologické, psychologické, sociálního a spirituálního potřeby nemocného, včetně potřeb jeho rodiny, musí být tým, který poskytuje paliativní péči, multidisciplinární. Je základní složkou pro poskytování paliativní péče.

Marková (2010) definuje multidisciplinární tým jako skupinu dvou a více pracovníků ze sociálních a zdravotnických profesí, které spolu navzájem spolupracují. Jako součást týmu je také považován samotný nemocný a jeho rodina. Posláním týmu je zachovat individuální přístup a důstojnost ke každému klientovi.

Podle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2016), se řadí mezi členy multidisciplinárního týmu v hospici tyto profese: lékaře, zdravotní sestru, zdravotně sociálního pracovníka/sociálního pracovníka a duchovního nebo pastoračního pracovníka. Dále dodává, že významnou součástí multidisciplinárního týmu může být také psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista a aktivizační pracovník. Stejně složení multidisciplinárního týmu poté uvádí i Marková (2010).

„Členové týmu plní úkoly nejen vůči dotyčné skupině, nýbrž také vzájemně mezi sebou. Mají se vzájemně podporovat tak, aby napomáhali vnitřnímu růstu všech členů týmu a zamezili tzv. syndromu vyhoření.“ (Vorlíček a kol., 2004, s. 27)

Biologické potřeby nemocného patří do sféry zejména lékaře, zdravotníků, ošetřovatelů, o sociální potřeby pečují zdravotně sociální pracovníci/sociální pracovníci. Úkolem pomocných zdravotnických profesí je zajistit všechny činnosti, které nemocný nemůže dělat sám nebo je případně nezvládá ani rodina nemocného, např. péče o osobní hygienu, podávání stravy a tekutin, pomoc s přesunem a pohybem nemocného. Při vykonávání těchto úkonů by měl být zachován citlivý přístup a snaha o zachování lidské důstojnosti. Podporovat nemocného po psychické stránce je úkolem všech, významné psychické a někdy i psychiatrické problémy je kompetentní řešit odborný personál, zejména psycholog.

Zajištění spirituálních potřeb je v kompetenci duchovního/ pastoračního pracovníka. (Marková, 2015)

Pracovní pozice všech členů multidisciplinárního týmu je rovnocenná. Mezi jednotlivými členy týmu je však nezbytná dobře fungující, všestranná komunikace s jasně definovanými základními principy činnosti (např. osobní odpovědnost každého člena týmu za svou práci, ale i lidský rozměr poskytované péče). Je předpokládána vysoká odbornost a profesionalita u všech pracovníků týmu. Vše je podporováno způsobem řízení centra toho daného poskytovatele paliativní péče, které funguje též jako nástroj koordinace činnosti týmu. V paliativní péči jsou zvykem pravidelné porady, které se konají jednou za týden. Porady se účastní vedoucí pracovníci všech úseků. Poté následují pracovní porady jednotlivých úseků. Tato vzájemná výměna a předávání informací je intenzivní zejména mezi sociálními, zdravotnickými a pedagogickými pracovníky. Porady slouží i k tomu, aby se uvedené principy centra časem nestaly jen pouhým prohlášením, ale i nadále tvořily jádro veškeré odborné činnosti centra a byly při řešení nejrůznějších problémů aktualizovány. (Jankovský, 2015)

Náplň práce jednotlivých členů týmu podrobněji popisuje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2016):

Lékař

Zastává důležitou a nezbytnou roli. Hodnotí zdravotní stav nemocného, plánuje léčbu a dohlíží na poskytování péče podle stanoveného léčebného plánu. V hospicové péči se většinou jedná o léčbu bolesti, dušnosti, nevolnosti a jiných obtíží nemocného. Do lékařských kompetencí však spadá také informování nemocného a jeho rodiny o současném zdravotním stavu nemocného a jeho prognóze.

Zdravotní sestra

Realizování lékařem stanoveného plánu péče spadá do kompetence zdravotní sestry. Další důležitý úkol je předvídání případných rizik u nemocného a snažit se jim zamezit tak, aby nevedla ke vzniku komplikací. Zdravotní sestra tedy dohlíží na přiměřenou hydrataci, polohování nemocného a kontrole fyziologických funkcí. Kromě péče o biologickou stránku nemocného ve spolupráci s lékařem také komunikuje s nemocným a příbuznými a poskytuje jim psychickou, emocionální a sociální podporu.

Psycholog

K zajištění komplexní péče o nemocného patří také psycholog. Psycholog se setkává s nemocným a rodinou při vstupním pohovoru, v některých případech vykonává psychodiagnostiku. Na základě těchto informací pak vypracovává plán psychologické péče o nemocného. Psycholog může také vykonávat individuální psychoterapii anebo spolupracovat se sociálně zdravotním pracovníkem a realizovat skupinovou terapii, kterou lze využít například při práci s pozůstalými. Do jeho náplně práce patří také vedení psychologické dokumentace o nemocném.

Duchovní / Pastorační pracovník

Velkou důležitost má u nemocných také spirituální složka. Náplň práce pracovníka, který je kvalifikovaný v oblasti duchovní péče, je starost o spirituální oblast nemocného, ale také doprovázení nemocného v jeho nemoci, utrpení a umírání. Úkolem tohoto pracovníka není však jen hovořit s nemocným o tématech týkajících se víry v Boha nebo svátostí, jak by se mohlo zdát na první pohled. Pracovník zaměřující se na spirituální stránku tedy pomáhá umírajícímu zvládnout tuto nelehkou životní situaci včetně smrti, ale to vše s ohledem na pacientovu úroveň víry.

Sociální pracovník

Sociální složka péče o nemocné je v kompetenci sociálního pracovníka. Věnuje se vyhodnocení psychosociální situace pacienta a plánování péče za spolupráce hospicového multidisciplinárního týmu. Poskytuje sociální poradenství, zajišťuje administrativní spolupráci s úřady a správu finanční hotovosti a cenností pacientů v zařízeních hospicové péče, případně zastupování pacienta při jednání s úřady. Mezi jeho další úlohy patří zajištění respitní péče a koordinace této služby s cílem prevence vyčerpání rodinných pečujících.

Zdravotně sociální pracovník

Do výčtu profesí v multidisciplinárním týmu patří i zdravotně sociální pracovník, kterému je věnována následující kapitola.

2 PRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI

Slovník sociální práce definuje obecně sociální práci jako společensko-vědní disciplínu a zároveň jako praktickou činnost, která vychází ze společenské solidarity a individuálního lidského potenciálu. Jejím cílem je odhalit, vysvětlit, zmírnit a řešit sociální problémy. (Matoušek, 2003)

Jak již bylo řečeno, kromě lékařské a ošetrovatelské péče poskytuje svým klientům rozsáhlou sociální péči. V poskytování hospicové péče je středobodem zájmu nemocný se všemi svými potřebami a nároky. Vzájemná důvěra a respekt mezi zdravotně sociálním pracovníkem a klientem je stavěna na ochraně, podpoře a respektu nemocného. Pro multidisciplinární tým je tedy nepostradatelnou součástí již od založení organizace, která poskytuje hospicovou péči. Záleží na výběru pracovníka, aby byl schopný adekvátně reagovat na náročné situace a s citlivostí rodině pomoci v průběhu péče o jejich nemocného člena.

První osobou, se kterou zájemce o službu přijde do kontaktu (ať už osobního nebo telefonického) často bývá zdravotně sociální pracovník. V rámci domácí paliativní péče funguje telefonická poradenská služba, kdy na základě telefonického styku získá pracovník informace o situaci a potřebách klienta a zároveň podá základní informace o zařízení a reprezentuje ho. Proto je důležité, aby zdravotně sociální pracovník ovládal kultivovaný způsob komunikace. Dále tento pracovník poskytuje praktické rady týkající se péče o nemocného v domácím prostředí, v případě potřeby domluví osobní kontakt pracovníků domácího hospice (a to buď v nemocnici před propuštěním, nebo v domácnosti). Zjištěné informace dokumentuje. Jedná se tedy o základní informace o problému nemocného, jeho zdravotním stavu, rodinné a sociální situaci. (Svatošová, 2011)

Způsobilost pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka upravuje Zákon o sociálních službách (č. 96/2004 Sb., § 10)

„(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním

a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,

b) studia

1. na vyšších odborných školách v oborech nebo programech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo

2. na vysokých školách v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogiku a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník; podmínka absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu neplatí, jde-li o osobu s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky nebo zdravotnického záchranáře,

c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.

(2) Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 10)

2.1 Význam zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči

Práce s umírajícími je specifická a náročná. Pro hospicovou oblast je odborná sociální práce považována za kompetentní a nabízí k využití svou odbornou pomoc. Během svého vzdělání nabývají zdravotně sociální pracovníci téměř všechny kompetence potřebné pro práci v paliativní péči. Sociální práce však nespočívá pouze v administraci a sociálně-právní kompetenci, jak jí bývá často prisuzováno. Silná stránka této práce spočívá v orientaci na osobu a prostředí, kterými chápe a přijímá celého jedince v jeho konkrétní životní situaci. (Student, 2006)

V paliativní medicíně má sociální práce dvě roviny. První, která má užší záběr, se týká samotného nemocného a jeho konkrétních problémů. Druhá, širší pojetí sociální práce v paliativní péči, se týká působení ve společnosti. Ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem je představována jednak snahou o prosazení legislativních změn a zrychlení administrativních úkonů, které mohou přinést zkvalitnění života nemocných, jednak vzdělávacími aktivitami pro odbornou i laickou veřejnost. V některých zemích západní Evropy a USA příkládá rozvinutá občanská společnost sociální práci v této oblasti daleko větší význam, než je tomu u nás. (Vorlíček a kol., 2004)

Podle Kutnohorské a kolektivu (2011), se v sociální práci ve zdravotnictví prolíná zdravotní péče se sociální péčí. Nezbytnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu je zajištění návaznosti sociální péče na zdravotní. Zdravotně sociální pracovník tak působí jako zdravotnický pracovník s profesními kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče.

2.2 Role a profesní přístup zdravotně sociálního pracovníka

Podle Matouška (2010), je úlohou zdravotně sociálního pracovníka pomáhat překonávat strasti při pečování o terminálně nemocného člena rodiny. Jedná se o nelehký boj s bolestí, strachem, úzkostí, únavou, následným vyčítáním a dalšími fyzickými i psychickými aspekty pečování. Zdravotně sociální pracovník je tedy v roli poradce nejen pro klienta, ale i jeho rodinu, které pomáhá získávat náhled na celou situaci sociální, rodinnou i finanční.

Role sociálně zdravotního pracovníka blíže definuje Bydžovský a kolektiv (2015). Zaměřuje se na zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči a uvádí, že zastává především roli **poradce (terapeuta)**. Tuto roli uplatňuje např. tehdy, když pomáhá nemocnému a jeho rodině mapovat současnou sociální situaci související s nemocí a umíráním. Další uvedenou rolí je role **pečovatele a zprostředkovatele** sociálních služeb. Zdravotně sociální pracovník totiž v případě potřeby také pomáhá pacientovi a rodině zorientovat se v dostupných službách a usnadňuje komunikaci s úřady. Poslední rolí, kterou Bydžovský s kolektivem (2015) uvádí, je role zdravotně sociálního pracovníka jako **učitele**. Ta je uplatňována spíše v sociální práci s rodinnými příslušníky, kdy pracovník pomáhá rodině v tom, aby se naučila samostatně fungovat i bez přítomnosti nemocného, pokud byl právě on tou osobou, která zařizovala spoustu důležitých záležitostí a rodina si s nimi v jeho nepřítomnosti neví rady. Role učitele se projevuje i v té chvíli, kdy je potřeba rodinné příslušníky poučit o používání kompenzační pomůcky, potřebné pro péči o klienta.

Nezbytnou součástí pracovní náplně zdravotně sociálního pracovníka byla a je **administrativní činnost**. Malíková (2011) ve své literatuře uvádí dokumentaci klientů, jejíž součástí je například žádost o přijetí klienta do péče, dále záznam o posouzení žádosti přijetí s přiloženým svobodným informovaným souhlasem žadatele, smlouva o rozsahu dohodnuté péče.

Důležitou roli mezi pomáhajícím profesionálem a klientem hraje osobnost pracovníka. Klient potřebuje slušnost, porozumění, pocit že není na obtíž. Pomáhající pracovník by jim měl dát pocit, že je nesoudí. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečně. Pokud tento

vztahový rámec nefunguje, práce pomáhajícího se stává jen výkonem svěřených pravomocí. (Kopřiva, 2006)

Z výše uvedeného vyplývá, že nedílnou součástí práce zdravotně sociálního pracovníka by přitom měla být i komunikace s okolním světem soustředěná především na to, jak vést veřejnost k překonávání předsudků a vnímání smrti jako přirozené součástí života. Práce zdravotně sociálního pracovníka je komplexní a náročná a vyžaduje určité osobnostní předpoklady, komunikační dovednosti, empatii a také schopnost ovládat se a jednat uměřeně.

Zdravotně sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může:

- a) *„provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,*
- b) *provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,*
- c) *sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,*
- d) *zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,*
- e) *účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,*
- f) *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,*
- g) *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,*
- h) *v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.“* (Vyhláška č. 55/2011 Sb., § 9)

2.3 Zdravotně sociální pracovník jako součást multidisciplinárního týmu v poskytování domácí hospicové péče

Zdravotně sociální pracovník nebyl vždy součástí multidisciplinárního týmu. Současná doba jej ale dostává do stále bližšího kontaktu nejen s nemocným, ale i s ostatními členy jeho rodiny. Často v péči o nemocného člověka nejde jen o zdravotní stránku a morální podporu. Náplní práce zdravotně sociálního pracovníka je poskytnutí komplexní sociální pomoci člověku v nepříznivé životní situaci. Hájí zájmy klienta proti všem poškozujícím vlivům z okolí, např. váhavým a pomalým postupem úřadů, ale taky před sebepoškozujícím chováním z klientovy strany. Zároveň je třeba motivovat klienta k rozhodování a zodpovědnosti za sebe samotného i za jeho blízké. (Vorlíček a kol., 2004)

S tím, jak se zdravotně sociální pracovníci stali součástí multidisciplinárního týmu, se rozšířilo i spektrum jejich činnosti. Nedílnou součástí náplně práce zdravotně sociálního pracovníka by měla být také spolupráce s ostatními členy týmu, zejména na multidisciplinárních poradách. V náplni práce zdravotně sociálního pracovníka je celá řada činností, které byly popisovány v předchozí kapitole věnované roli zdravotně sociálního pracovníka.

Profil zdravotně sociálního pracovníka vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., který definuje činnosti sociálních pracovníků:

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“ (Zákon č.108/2006 Sb., § 109)

V hospicové práci se zdravotně sociální pracovníci věnují spolupráci s jednotlivými profesemi. Jsou schopni koordinovat aktivity jiných profesí a propojit jednotlivé nabídky pomoci. V multidisciplinárním týmu naleznou uplatnění nejen specifické znalosti a dovednosti jednotlivých profesí, ale také osobní zkušenosti s umírajícími a jejich rodinami. Nevyhnutelné je příslušné vzdělání a následné doškolení jednotlivých členů týmu. (Student a kol., 2006)

2.4 Spolupráce s rodinou v péči o nevléčitelně nemocného

Jak už bylo zmíněno, podle Bydžovského a kolektivu (2015), je úlohou zdravotně sociálního pracovníka být poradce, zprostředkovatel i učitel. Tyto činnosti zahrnují kontakt s nemocným a jeho rodinou a měly by být na programu dne zdravotně sociálního pracovníka nejčastěji.

„Ošetrovatelské aktivity zaměřené na rodinné příslušníky by měly zahrnovat naslouchání a uklidnění, poskytnutí dostatečných informací, umožnění přítomnosti u pacienta a nabídku duchovní podpory“ (Kisvetrová, 2018, s. 85)

Je nutné si uvědomit, že se skutečností nevléčitelného onemocnění, s utrpením a umíráním, není konfrontován jen pacient/klient, ale i jeho nejbližší. (Svatošová, 2011)

Kübler-Rossová (2015) potvrzuje, že nemocnému v terminálním stádiu onemocnění nemůžeme dostatečně pomoci, pokud do procesu péče nezapojíme jeho rodinu a blízké. Jsou to právě blízcí lidé, kteří hrají významnou roli v průběhu nemoci klienta, jejich chování má značný vliv na to, jak na svou nemoc reaguje.

Při kontaktu s rodinou by pak zdravotně sociální pracovník měl sledovat dva záměry. Měl by v první řadě nabízet podporu nemocnému a jeho rodině a nabídat využití společného času s pacientem k urovnání všech křivd, které nebyly ještě odpuštěny, a slov, která nebyla vyslovena. Druhým záměrem sociálního zdravotně pracovníka je posouzení konkrétních problémů a potřeb nemocného a jeho rodinných příslušníků. Pracovník by tedy např. měl v případě potřeby zhodnotit finanční situaci pacienta a jeho rodiny nebo také zprostředkovat kontakty s úřady. Dále by měl určitou pozornost věnovat také tomu, jak nemocný tráví svůj volný čas, případně hledat způsoby, jak by ho mohl vhodně naplnit. Někdy jsou třeba další specifické potřeby, jako je sepsání závěti nebo převod majetku. I u samotného pacienta může vzniknout potřeba sdělit rodině svá přání ohledně pohřbu nebo místa pochování. Další činností zdravotně sociálního pracovníka je péče o pozůstalé. V hospicovém prostředí tato činnost spočívá zejména v organizování každoročních střetnutí pozůstalých nebo také organizaci svépomocných skupin, ale také v poskytování poradenství ohledně úmrtních listů, pohřbu a jiných potřebných záležitostí. (Student a kol., 2006)

3 ETICKÉ PRINCIPI V HOSPICOVÉ PÉČI

„Etika je jedna ze základních filozofických disciplín. Je to nauka o podstatě a původu mravního vědomí, která teoreticky a normativně stanovuje, co je mravné a co nikoli. Jinak řečeno, etika posuzuje a stanovuje „to, co je“ a „to, co býti má“ z hlediska správnosti, mravnosti a dobra.“ (Kutnohorská, 2011, s. 12)

Péče o nemocné a umírající vyžaduje především empatii, cit a soucit. Často je ale otázkou, jak soucit a touhu pomoci v utrpení spojit s ukončením kurativní léčby. Paliativní péče má poměrně pevně ukotvený legislativní rámec, řada lékařů však i přesto argumentuje tím, že prognózu vývoje onemocnění lze jen těžko odhadnout a ukončení kurativní léčby je proto z etického hlediska náročné. V důsledku je, ale v otázce etiky problematické nejen ukončení kurativní léčby, ale i poskytování marné léčby či ukončení života pomocí eutanazie. (Haškovcová, 2007)

Paliativní medicína je každodenně konfrontována s mnoha etickými problémy, k jejichž řešení musí hledat cesty. Mezi základní etické principy patří autonomie, informovanost nemocného (tzn. znát pravdivé informace o svém zdravotním stavu), beneficence (závazek lékaře, že udělá pro pacienta vše pro něj prospěšné), nonmaleficence (snaha vyhnout se takovému jednání, které by poškodilo pacienta), spravedlnost, tedy určitá vyváženost mezi potřebami jedince a nabídkou ze strany společnosti. (Sláma, 2011)

Mezi jedno z nejvíce diskutovaných témat v paliativní medicíně patří eutanázie. Je potřeba odlišit od sebe jednotlivé pojmy:

- Eutanázie – jedná se o úmyslné usmrcení člověka na jeho opakovanou žádost někým jiným než pacientem samotným. Eutanázie je trestným činem ve valné většině evropských států včetně České republiky.
- Asistovaná sebevražda – je úmyslné usmrcení sebe sama na opakovanou žádost za pomoci jiné osoby. Lékař pomáhá radou a prostředky k tomu, aby se pacient usmrtil sám. V České republice je taktéž zakázána.
- Odstoupení od neúčinné léčby – spočívá v nenasazení nebo ukončení takových léčebných činností, které nepřinášejí pacientovi žádný užitek a jsou pro něj zatěžující. (Sláma a kol. 2011)

3.1 Umírání

Pokud hovoříme o smrti, Haškovcová (2007, s. 89) ji jednoduše definuje jako „*Individuální zánik organismu, tedy také člověka*“. Z biologického hlediska se jedná o moment zaniknutí všech životních funkcí. Lze tedy říci, že smrt je tedy okamžikem. (Dobříková a kol., 2005)

Je však důležité pochopit, že umírání i smrt jsou nevyhnutelnou a přirozenou součástí života každého člověka. Smrt samotná pak není pouhým zánikem lidské existence, ale je naplněním celého předchozího života. (Dobříková a kol., 2005)

Nejnámější fáze smířování se s koncem života a umírání, dle Dr. Kübler – Rossové (2015), jsou:

1. Fáze: negace

Je uváděna jako fáze šoku a popírání. Nemocný věří, že lékaři zaměnili výsledky. Že se to netýká jeho, domnívá se, že se jedná o omyl. V této fázi je nutné s nemocným navázat kontakt a získat důvěru.

2. Fáze: agrese

Dominantní emocí je hněv a vzpoura. Nemocný si klade otázky „Proč zrovna já?“, „Čí je to vina?“. Má zlost na své okolí, na blízké, na zdravotníky a na všechny zdravé lidi. V této fázi je nutné dovolit nemocnému odreagování, podpořit jej a akceptovat.

3. Fáze: smlouvání

Nemocný začíná hledat zázračné léky, upíná se k dietám, léčitelům, je ochoten zaplatit cokoliv. Nyní by měli být pracovníci maximálně trpěliví a pomáhat nemocnému spíš tím, že budou dávat pozor, aby neuvěřil podvodníkům.

4. Fáze: deprese

Hlavní emocí této fáze je smutek a strach. Nemocný se bojí hrozící ztráty, má obavy o další zajištění rodiny, někdy má i strach z konečného účtování. Je třeba mu trpělivě naslouchat a nabízet řešení, např. v péči o rodinu, děti. Pracovník pomáhá nemocnému urovnat vztahy, odpustit.

5. Fáze: smíření, souhlas

V této fázi se již nemocný se svou nemocí vyrovnal, skončil svůj boj a je si vědom, že je třeba rozloučit. Je to fáze, k níž se snaží pracovníci hospice klienta dovézt. V této fázi je

pro nemocného důležitá mlčenlivá podpora. Stačí jen přítomnost, držet umírajícího za ruku.

Fáze umírání a smířování se se svoji nemocí jsou u nemocných v uváděné literatuře chronologicky seřazené. Ve skutečnosti se ale jednotlivá stadia různě prolínají, střídají a může dojít i k návratu do předchozí fáze. Úkolem členů multidisciplinárního týmu přitom je dovést umírajícího do fáze adaptace, tzv. smíření. Ne vždy, však nemocní k této fázi dospějí.

Je nutno zdůraznit, že umírání a smrt jsou dva odlišné pojmy. Umírání je však oproti smrti procesem, obdobím, které může trvat různě dlouhou dobu. Jeho začátek je definován momentem, kdy je člověku diagnostikováno nevléčitelné onemocnění v pokročilém stádiu, u kterého je uzdravení již nereálné a nástup terminálního stádia nemoci a následnou smrt lze očekávat v relativně blízké době. Jedná se o náročné období lidského života, které by však mělo v ideálním případě být časem smíření. Bohužel je však často spíše obdobím typickým dominantní přítomností nepříjemných symptomů daného závažného onemocnění a prožíváním pocitů strachu z těžkého a bolestného umírání. (Dobříková a kol., 2005)

3.2 Etické problémy zdravotně sociálního pracovníka při poskytování domácí hospicové péče

„Zdravotně sociální práce má široký záběr. Tak jako je neopakovatelný každý jedinec, jak je ve své podstatě individuální, tak je neopakovatelná a jedinečná práce s ním. Je to práce náročná na osobnostní etickou výbavu poskytovatele služeb, protože velmi často řeší dilematické situace.“ (Kutnohorská, 2011, s. 11)

Zmiňované čtyři etické principy zůstávají v platnosti v celé medicíně. V současné době není léčba představitelná bez multidisciplinárních týmů, což se začíná objevovat jako fakt až v druhé polovině dvacátého století a je nutné ho zohlednit v novodobých etických doporučeních. (Opatrná, 2017)

Zdravotně sociální pracovník by měl být schopen reflektovat skutečnost a být si vědom, že může dávat, když ví, že má co nabídnout. Eticky citlivý přístup pomáhajících pracovníků předpokládá:

- schopnost porozumět nemocnému, ocenit způsoby jeho uvažování;
- vymezení a dodržení rozsahu pomoci, podle přání klienta.

Mezi pracovníky v pomáhajících profesích se často setkáváme se zájmem o celkové blaho nemocného. Zdravotně sociální pracovník může vidět i další souvislosti konkrétního případu. (Kutnohorská a kol, 2011)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE

Pro zpracování získaných údajů byla použita kvalitativní výzkumná strategie, ve které je, dle Dismana (2011, s. 289), hlavním cílem „*Porozumění lidem v sociálních situacích*“. Tato metoda byla zvolena i vzhledem k získání co nejvíce možných informací od omezeného počtu respondentů. Množství respondentů je ovlivněno počtem organizací ve Zlínském kraji, které poskytují domácí hospicovou péči. Několik původně dotazovaných respondentů odmítlo spolupráci.

„Kvalitativní výzkum je nematematický výzkumný postup, který se zaměřuje na kvalitu a hloubku získávaných dat. Kvalitativní výzkum se může zaobírat životem lidí, příběhy, chováním, ale také chodem organizací, společenských hnutí nebo se může zabývat vzájemnými vztahy mezi subjekty. Tento typ výzkumu zkoumá a analyzuje jevy, odhaluje elementární složky a odkrývá vzájemné spojitosti a závislosti, které mezi nimi nachází. Kvalitativní výzkum přináší širší poznání kontextu mezi danými jevy.“ (Kutnohorská, 2009, s. 22)

4.1 Metodika výzkumu

Vhodně zvolená metodika výzkumu přinese věrohodné informace o zkoumané problematice. V kvalitativním výzkumu je možné zvolit metodu případové studie zpracované designem kazuistiky. Tato metoda umožňuje získání detailnější charakteristiky výzkumného souboru a lépe vnímat danou situaci osob a vztahů mezi nimi. (Hendl, 2016)

Chrastina (2019) uvádí, že využití případové studie je, dle jeho názoru, vhodné pro výzkum sociálních skutečností. Výzkumník dokáže přes případovou studii oddělit od sebe skutečnosti a jevy. *„Cíleně se zaměřuje na žité skutečnosti, například studovaných osob (případů) nebo fungování systémů, vztahů, chodů institucí či organizací, apod.“* (Chrastina, 2019, s. 1)

Na tomto základu lze detailněji popsat daný případ. V případě zvolení případové studie lépe vnímáme situace, vztahy mezi osobami a situacemi a také vysvětlit případné odlišnosti, což vede k detailnějšímu pochopení případu. Výzkum probíhal technikou polostrukturovaného rozhovoru, neboť ten umožňuje získání detailnější charakteristiky výzkumného souboru a volnost ve vedení rozhovoru. Rozhovory s respondenty jsou individuálně přizpůsobeny a následně zpracovávány.

Dle Hendla (2016), je rozhovor nejvhodnější technikou sběru dat pro kvalitativní výzkumnou strategii. Každá výzkumná strategie má bezesporu své silné, ale i slabé stránky. Mezi nevýhody této strategie patří např. časová náročnost sběru a analýzy dat, nemožnost obecného či možnost ovlivnění výsledků samotným výzkumníkem.

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

Výzkumník nejdříve nasbírá dostatečné množství dat a teprve poté může pátrat po pravidelnostech a vytvářet závěry. Badatel by tedy měl zjistit, co vede jedince k určitému jednání, ale i to, jak toto jednání chápou v určité situaci. (Švaříček a kol, 2014)

Poznámky z rozhovorů a pozorování je zapotřebí přesně zaznamenávat. Poznámky pomohou výzkumníkovi ve validaci dat. Je také vhodné spojit techniku rozhovoru s pozorováním. Toto spojení přinese badateli ucelený obraz dané situace. „Z rozhovorů získáme téma pro pozorování a pozorování dává hloubku a oporu pro otázky rozhovoru.“ (Švaříček a Šedřová a kol., 2014, s. 158).

4.2 Cíl práce a stanovení výzkumných otázek

Cílem práce je představit roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, který poskytuje domácí hospicovou péči. Pro dosažení tohoto cíle je zvolena hlavní výzkumná otázka, která je totožná s cílem práce. K jejímu zodpovězení se dále váží tři dílčí otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaká je role zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, který poskytuje domácí hospicovou péči?

Dílčí výzkumné otázky (dále jen DVO):

DVO 1: Odpovídá pracovní náplň představám a profilu absolventa zdravotně sociálního pracovníka?

Výzkumná otázka má popsat, jakými činnostmi se zdravotně sociální pracovník při své práci zabývá a jejich popis. Z pracovní náplně se pak mohou odvíjet jednotlivé role, které

zdravotně sociální pracovník nese, umožňují hlubší pohled do problematiky obsahu činností zdravotně sociálního pracovníka.

DVO 2: Jaké osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti považují zdravotně sociální pracovníci za podstatné pro výkon sociální práce v domácí hospicové péči?

Záměrem této otázky je zjistit, jaké role při kontaktu s klientem, osoby pečující o klienta nebo jeho rodinou, zdravotně sociální pracovník zastupuje. S jakými situacemi se při kontaktu s klienty pracovník setkává.

DVO 3: Jsou v multidisciplinárním týmu zdravotně sociální pracovníci dostatečně akceptováni jinými odborníky?

Tato DVO je vybrána proto, že v domácí hospicové péči figuruje rozsáhlý multidisciplinární tým. Položením této otázky má být zjištěno, jak vnímá zdravotně sociální pracovník postavení v týmu a jeho spolupráci s jinými členy týmu.

Transformace dílčích výzkumných otázek do dílčích výzkumných cílů (dále jen DVC) a ty do tazatelských otázek (dále jen TO):

DVO 1: Odpovídá pracovní náplň představám a profilu absolventa zdravotně sociálního pracovníka?

DVC 1.1: Zjistit, jaké stěžejní činnosti vykonávají respondenti.

TO 1.1: Jaké stěžejní činnosti vykonáváte ve Vaší práci?

DVC 1.2: Zjistit, zda respondenty připravilo studium na výkon sociální práce s umírajícími.

TO 1.2: Připravilo Vás studium na výkon sociální práce s touto cílovou skupinou?

DVO 2: Jaké osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti považují zdravotně sociální pracovníci za podstatné pro výkon sociální práce v domácí hospicové péči?

DVC 2.1: Zjistit, jaké osobnostní předpoklady a schopnosti považují respondenti za nejdůležitější.

TO 2.1: Jaké osobnostní předpoklady a schopnosti považujete za nejdůležitější pro výkon sociální práce v hospici?

DVC 2.2: Zjistit, které praktické dovednosti spatřují respondenti za stěžejní.

TO 2.2: Které praktické dovednosti spatřujete jako stěžejní pro výkon své profese?

DVO 3: Jsou v multidisciplinárním týmu zdravotně sociální pracovníci dostatečně akceptováni jinými odborníky?

DVC 3.1: Zjistit, jak zdravotně sociální pracovníci vnímají své postavení v multidisciplinárním týmu.

TO 3.1: Jak vnímáte své postavení v rámci multidisciplinárního týmu v hospicové péči?

DVC 3.2: Zjistit, v čem vnímají zdravotně sociální pracovníci svou prospěšnost/důležitost v multidisciplinárním týmu.

TO 3.2: V čem vnímáte prospěšnost/důležitost Vaší práce v týmu?

DVC 3.3: Zjistit, jaká je spolupráce s ostatními členy týmu.

TO 3.3: Jak vnímáte spolupráci s ostatními odborníky v týmu?

4.3 Výzkumný soubor

Data byla sbírána ve vybraných domácích hospicových zařízeních Zlínského kraje. Se zdravotně sociálními pracovníky byly vždy předem sjednány osobní schůzky. Při setkání byli pracovníci seznámeni s bakalářskou prací a jejím obsahem, informováni o přibližné délce rozhovoru a požádáni o svolení k nahrání rozhovoru na diktafon. Dále byli ujištěni o anonymitě, což byla i jejich podmínka k účasti na výzkumu. Spolupráce proběhla celkem s pěti participanty z pěti různých domácích hospiců. Podrobnější informace o zařízeních, ani o participantech nejsou poskytnuty, kvůli dodržení anonymity. K rozhovorům byly doplněny poznámky z pozorování v daném zařízení (viz Tabulka 1).

Tabulka 1 *Participantů výzkumu*

Participantů	Věk	Délka praxe v zařízení
ZSP1	49 let	8 roků
ZSP2	32 let	3 roky
ZSP3	42 let	2 roky
ZSP4	40 let	5 roků
ZSP5	41 let	4 roky

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

5 ANALÝZA DAT

Analýza je rozdělena podle jednotlivých oblastí, které jsou spojeny s dílčími výzkumnými otázkami. Pomocí případové studie, designem kazuistiky, kde jsou představeny jednotlivé rozhovory s participanty, jsou analyzována a vysvětlována témata, které jsou provázána s otázkami výzkumu.

Rozhovory s participanty byly nahrány na diktafon, poté doslovně přepsány. K přepisu rozhovorů jsou přidány doplňující poznámky, které pomohou s následným utříděním dat. Takto upravené rozhovory jsou přepsány do textového programu WORD.

Získaný materiál byl pečlivě prostudován s cílem, aby se vyloučily nepotřebné údaje, které přímo nesouvisí s textem.

Pro snazší orientaci v textu bylo využito barevného rozlišení, které pomohlo rychleji najít odpovědi na otázky, které souvisí s výzkumem. Techniku využití barevného rozlišení pro lepší orientaci v textu doporučuje Hendl (2016). Toto rozlišení pomůže přepsané rozhovory rozdělit do určitých oblastí a usnadní práci s textem. Pro snadnější orientaci v textu jsou nepotřebné informace označené zelenou barvou, stěžejní a využitelné informace jsou označené červenou barvou a dílčí odpovědi šedou barvou. Při další práci s textem je využito techniky, kterou také popisuje Hendl (2016), kdy se do selektivního protokolu přepíše pouze důležité pasáže, které jsou předmětem výzkumu.

U zpracovaných a vyhodnocených odpovědí byla výše popsanou technikou posouzena shoda a shodné odpovědi již nejsou dále zařazeny. Důvodem pro nezařazení shodných odpovědí bylo, že nemohou přinést žádné nové informace. Jsou upřednostněny ty odpovědi, které odpovídají na podstatu otázky.

5.1 Zpracování a výsledky

Tato kapitola je věnována výsledkům výzkumu na základě témat, které souvisí s výzkumnými otázkami. Témata byla rozdělena na tři oblasti, podle dílčích výzkumných otázek, které odkazují k hlavní výzkumné otázce.

- Pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka
- Osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti podstatné pro výkon sociální práce v domácí hospicové péči
- Zdravotně sociálního pracovníka jako součást multidisciplinárním týmu

Realizované výzkumné šetření bylo zaměřené na **zmapování role zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, který poskytuje domácí hospicovou péči**. Z analýzy a následné interpretace rozhovorů a pozorování bylo pomocí dílčích výzkumných otázek zodpovězeny hlavní výzkumná otázky, a to: Jaká je role zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, který poskytuje domácí hospicovou péči?

První dílčí výzkumná otázka popisovala, jaká je **pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka** a zda **odpovídá představám a profilu absolventa zdravotně sociálního pracovníka**. Zdravotně sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 (vyhláška č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že tyto všechny tyto činnosti jsou náplní práce zdravotně sociálního pracovníka v domácí hospicové péči. Z pracovní náplně se pak odvíjejí jednotlivé role, které zdravotně sociální pracovník zaujímá. Participanti při rozhovorech uváděli jednotlivé pracovní úkony. Jako první byl zmiňován příjem nových klientů, a popis, jak a kde příjem probíhá. Zdravotně sociální pracovník je často první osobou, se kterou zájemce o službu komunikuje, a tudíž může ovlivnit klientův názor na službu. Pracovníci při prvním kontaktu klientovi poskytují základní informace o organizaci, popřípadě mu doporučí službu pro něj vhodnější. Zastupují tedy roli reprezentanta služby. Další roli, kterou zdravotně sociální pracovníci zastávají, a to nejen při prvním kontaktu, ale i v průběhu poskytování služby a následné péči o pozůstalé, je role poradce. Participanti ve svých výpovědích uvedli, že poskytují bezplatné poradenství. Zdravotně sociální pracovníci také poskytují rodině klienta oporu a podporu, protože lidé, kteří se na ně obracejí, často bývají v těžké životní situaci a neví, jak se vyrovnat s nadcházející ztrátou blízké osoby.

Do pracovní náplně zdravotně sociálního pracovníka patří i rozhodování o přijetí a nepřijetí klienta do hospicové péče. Při přijetí klienta je důležité, aby splňoval určité podmínky. Pro ověření těchto podmínek, provádí zdravotně sociální pracovník sociální šetření v rodině klienta. Mezi hlavní podmínky patří zdravotní stav klienta, kdy je ukončena kurativní léčba vedoucí k vyléčení a byla doporučena paliativní léčba. Dále nutnost pečující osoby, která se o pacienta chce a dokáže postarat. Také vzdálenost trvalého bydliště od organizace nelze opomíjet.

Při provádění sociálního šetření zdravotně sociální pracovník monitoruje situaci v domově klienta, také se zajímá o vztahy klienta s rodinou. V případě potíží pomáhá klientovi hledat řešení, je tedy možné říci, že plní roli manažera a koordinátora.

Neodmyslitelnou součástí pracovní náplně sociálních pracovníků je administrativní činnost a jednání s úřady. Jelikož už před uzavřením smlouvy předkládá klientům potřebné informace a vysvětluje nejasnosti, které se týkají administrativních úkonů a fungování péče, plní i roli edukátora.

Smrtí klienta práce zdravotně sociálního pracovníka nekončí, jeho role spočívá i v péči o pozůstalé a pomoci překonat toto nelehké období.

Z rozhovorů s participanty vyplynulo, že ve většině domácích hospiců je jedním ze základních požadavků pro přijetí do zařízení splnění odborné způsobilosti, a to podle zákona o sociálních službách. Participanti se shodují, že studium jim připravilo dobrý teoretický přehled o sociálních službách; v praxi s touto cílovou skupinou je to však jiné a teprve práce v hospicovém zařízení jim poskytla celkový přehled. V návaznosti na tuto otázku bylo zjištěno, že připravenost na výkon sociální práce v hospici je do určité míry spjata s oborem studia. Nejlépe připravena si připadala respondentka, které studovala vyšší odbornou sociální školu. Participanti uvádějí praxi jako nejvíce přínosnou pro výkon sociální práce v hospicovém zařízení a jako další pak kurzy paliativní medicíny ELNEC, konference paliativní medicíny a kurz komunikace s klienty v paliativní medicíně.

Záměrem druhé dílčí otázky bylo identifikovat, jaké **osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti podstatné pro výkon sociální práce v domácí hospicové péči.**

V souvislosti s touto otázkou dotazovaní participanti poukázali na široké spektrum osobnostních předpokladů a praktických dovedností, kterými musí být zdravotně sociální pracovník v hospici disponovat. Pracovníci shodně uvedli, že považují za nejdůležitější pro práci v hospici empatii – schopnost vcítit se do druhých, dále poté otevřenost, pravdivost, citlivost, ochotu pomáhat, odolnost vůči stresu, svědomitost, komunikativnost, zájem o hospicovou péči, pochopení, vyrovnání se s vlastní konečností a umění odpouštět. Z praktických dovedností uváděli samozřejmě nezbytnou schopnost správně komunikovat nejen s klienty, ale i s pečujícími. Zdravotně sociální pracovník by měl mít přehled o zákonech, hlavně o těch, které se týkají dávkového systému, obzvláště příspěvku na péči. Mezi další dovednosti podle participantů patří: umění odpovědět na otázky, které se zabývají koncem života a smrti, vést dokumentaci, umět pracovat s počítačem a umění řídit

osobní automobil. Jako důležitá se ukázala osobnost zdravotně sociálního pracovníka, která byla uvedena jako pracovníkův hlavní pracovní „nástroj“.

Dovednosti zdravotně sociálních pracovníků se dají osvojit již v průběhu studia, ale je zapotřebí je nadále rozvíjet a posilovat, protože v oblasti sociální práce vznikají neustále nové teorie, metody a přístupy ke klientům, v našem případě i příbuzným; dochází k častým změnám. Neustálý rozvoj a rozšiřování znalostí je v této oblasti nezbytný.

Dílejší otázka číslo tři byla vybrána s cílem zmapovat roli **zdravotně sociálního pracovníka jako součásti multidisciplinárním týmu** a jeho spolupráci s týmem.

Participantů nejprve jmenovali členy svých multidisciplinárních týmů. Jedná se o lékaře, zdravotní sestru, zdravotně sociálního pracovníka/sociálního pracovníka a duchovního nebo pastoračního pracovníka. Na tomto složení se shodují odpovědi všech participantů. Ve všech domácích hospicových službách uvádějí jako další složku týmu pečovatelky (např. odlehčovací služby). Zdravotně sociální pracovníci také shodně vypovídají, že se multidisciplinární týmy pravidelně scházejí na poradách, kde si předávají informace o jednotlivých klientech. V multidisciplinárním týmu participantů hodnotí vztahy kladně, členové se navzájem respektují a naslouchají si.

Ze získaných dat vyplývá, že zdravotně sociální pracovník má nezastupitelnou roli v multidisciplinárním týmu jako hlavní koordinátor, kdy zajišťuje předávání informací, mezi jednotlivými členy týmu. Hlavním uváděným důvodem toho, proč je multidisciplinární spolupráce v hospicové péči tak důležitá, byla nutnost zajištění komplexní péče o pacienta a jeho rodinu.

Svatošová (2011) klade důraz na rovnost všech pracovníků v týmu, nesmí docházet k situacím, kdy se kterýkoli člen týmu cítí nadřazeně nebo naopak podřazeně. Výpovědi všech participantů se s tímto ztotožňují a poukazují na dobré pracovní vztahy mezi členy týmu, kde se všichni tolerují a uznávají. Stejně jako se částečně prolíná posuzování potřeb v týmu, tak se prolínají nebo nejsou striktně odděleny hranice mezi jednotlivými profesemi v multidisciplinárním.

Analýzou výpovědí participantů se dají shrnout poznatky pro správné fungování multidisciplinárního týmu, a to je: otevřenost a pokora členů týmu, průběžné předávání informací a rovnocenná pozice všech členů týmu.

5.2 Pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka

Zdravotně sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 (vyhláška č. 55/2011 Sb., § 9). Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že tyto všechny tyto činnosti jsou náplní práce zdravotně sociálního pracovníka v domácí hospicové péči.

Prostřednictvím odpovědi na tazatelskou otázku: **Jaké stěžejní činnosti vykonáváte ve Vaší práci?**, bylo následně analyzováno, že v jednotlivých hospicích je pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka podobná. Jako nejdůležitější uvádějí zdravotně sociální pracovnice přímou péči o klienty a jejich blízké. ZSP3 vypověděla: *„Stěžejní činností jsou telefonické kontakty s klienty, kteří mají zájem o hospicovou péči, s jejich rodinnými příslušníky a také s jejich blízkými anebo se sousedy, kteří vidí, že potřebují pomoc a zjišťují možnosti, protože třeba rodina není v dosahu a nevidí problémy svých rodinných příslušníků.“* První kontakt domácí hospicové péči a klientem probíhá převážně přes zdravotně sociálního pracovníka. Kontakt probíhá formou osobního kontaktu, telefonickou cestou nebo pomocí mailu či dopisu. ZSP5 uvádí: *„Prioritně dělám komunikaci se zájemci o hospicovou péči, tzn., že komunikuji nejčastěji s rodinou, občas se stane, že zavolá pacient, který je odkázaný k hospicové péči, ale volají také zdravotníci ze zdravotních zařízení, ať už to jsou nemocnice nebo ambulance.“* Ostatní ZSP odpovídají podobně. První kontakt tedy utváří klientovi představy o službě, kterou organizace nabízí, poskytuje základní informace, popřípadě mu doporučí služby, které jsou pro něj vhodnější. Participantů shodně uvádějí jako základní náplň práce informační a poradenskou činnost. ZSP3 na danou otázku odpovídá: *„Potom je to poskytovat jim takovéto základní sociální poradenství v rámci toho na jaké služby se mohou obrátit – návazné služby které pomůcky mohou využít, které dávky a instituce mohou využít ve své péči o svého nemocného.“* ZSP4 odpovídá obdobně: *„Konkrétně je to jednání s klienty a pacienty, co se týká po sociální stránce různých dávek a příspěvků, které potřebují v řešení své situace, ve které se nachází, tak je to také samozřejmě propojení se zdravotní složkou, jednání i s lékaři, vyjasnění, zda samotný pacient už vlastně spadá do té naší péče, kterou tady děláme. Velmi se to prolíná.“*

Další nejčastější činností je všemi zdravotně sociálními pracovníky uváděno sociální šetření v rodině zájemce o domácí hospicovou péči.

V další oblasti náplně práce se participantů shodují, že další nezbytnou činností je administrativní. Spočívá ve vyřizování různých záležitostí na úřadech a pomoci v žádosti

příspěvku na péči nebo dlouhodobého ošetrovného pro pečující. Administrativní činnost zabírá pracovníkům zhruba 50,0 % pracovní doby. Dvě zdravotně sociální pracovnice (ZSP3 a ZSP4) vypovídají, že je jednou z jejich činností péče o pozůstalé.

Jednotlivé nejčastější činnosti z pracovní náplně zdravotně sociálního pracovníka jsou dle participantů shrnuty následovně:

- telefonický (nebo osobní) kontakt se zájemci o paliativní péči;
- sociální šetření;
- porady s multidisciplinárním týmem;
- administrativní činnost (nejčastěji vyřizování žádostí o přijetí do péče, příspěvků na péči; sociální poradenství, žádosti o dlouhodobé ošetrovné, vedení sociální dokumentace);
- podávání informací klientům a jejich blízkým;
- tvoření, realizace a kontrola individuálních plánů klientů;
- vedení půjčovny kompenzačních pomůcek nebo poskytnutí rady ohledně ostatních půjčoven kompenzačních pomůcek;
- plnění posledních přání, péče o pozůstalé;
- komunikace s úřady.

Z výzkumu vyplynulo, že do pracovní náplně zdravotně sociálního pracovníka patří: poradenská činnost, úkol zprostředkovatele sociálních (i zdravotních) služeb, role učitele a edukátora, a to i pro pečující. Dále poté role doprovázejícího; nezbytná je také administrativní činnost a komunikace s úřady.

Na tazatelskou otázku: **Připravilo Vás studium na výkon sociální práce s touto cílovou skupinou?** Čtyři participanté shodně uvádějí, že je studium na výkon sociální práce s umírajícími dostatečně nepřipravilo. Jinak odpovídala ZSP3: „*Když se podívám na studium na vyšší odborné sociální škole, tak ano, protože tyto předměty jsme tam měli.*“ (doplněno z poznámek – Vyšší odborná škola sociální Olomouc). Všechny ZSP uvádějí přínosnou praxi, poté kurzy paliativní medicíny ELNEC a konference paliativní medicíny, které patří do dalšího vzdělávání pracovníků v domácí hospicové péči. ZSP4 a ZSP5 navíc uvedly, že jim pomohl kurz komunikace s klienty paliativní péče. Výhodu vzdělání zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči vyzdvihuje ZSP4: „*Co se týká sociálně*

zdravotní oblasti, tak to hezky vystihuje, protože se velmi prolíná ta zdravotní a sociální složka péče. Je fajn, že se člověk orientuje v obou těchto oborech.“

Důležitou úlohu celoživotního vzdělání potvrzuje taky výpověď ZSP5: *„Pak je to vzdělání, které je důležité také, ale řekla bych, že to hodně záleží na té schopnosti komunikaci, která je přirozená i se dá trénovat a pak samozřejmě věci, které nás ve škole učili, tak něco z toho využiju, ale řekla bych, že si člověk také hodně dopátrat některé věci sám, jak to vlastně v té praxi funguje a možná i polidštit některé věci co jsou v zákonech, aby to těm lidem vysvětlil, aby to pak byli schopni využít.“*

Případová studie ZSP1

V domácím hospici pracuje již od roku 2010. Vystudovala střední ekonomickou školu a do zařízení nastupovala po mateřské dovolené na pozici asistentky vrchní sestry. Jelikož se její náplň práce na této pozici dotýkala klientů a řešení jejich případů, přála si sociální práci s touto cílovou skupinou více porozumět a po dvou letech započala studium na kombinované bakalářské studium Sociální pracovník. Jako největší motivaci ke studiu uvádí svou kolegyni, která vykonávala profesi sociálního pracovníka ve stejném domácím hospici. Po dokončení tohoto studia si ZSP4 doplnila vzdělání na zdravotně sociálního pracovníka na NCO NZO v Brně. Opustila pozici asistentky vrchní sestry a začala se naplno věnovat práci zdravotně sociálního pracovníka. Na otázku: Jaké stěžejní činnosti vykonáváte ve Vaší práci? Odpovídá: *„U těch lidí se vyřizují různé podpory a dávky, aby ...hospicová péče je zdarma, oni když potom čerpají sociální služby..., když je ten člověk relativně zdravý, tak má nárok na příspěvek na péči, tak se snažíme té rodině to nabídnout vyřídit, zajít na ten úřad.“* Doplnuje, že se na první kontakt k žadatelům o paliativní péči v jejich zařízení vždy vyjíždí. V domácím prostředí si nejlépe vytvoří obraz o potřebách klientů. Situaci při příjmu klienta do péče popisuje slovy: *„Vyjedeme s tím, kdo tam jde za ten zdravotní tým a řešíme to společně. Seznámíme se u příjmu s pacientem, pacient s tím musí souhlasit, co by od nás potřebovali, co od nás očekávají a rozdělíme si potom z výsledku toho jednání, co si kdo vezme na starost.“* Touto odpovědí zároveň odpovídá na působení multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči.

Na otázku: Připravilo Vás studium na výkon sociální práce s touto cílovou skupinou? Odpovídá: *„Učili jsme se něco, ale praxe je největší učitel. Jedna naše kolegyně je moje učitelka, protože jsem netušila, že skončím u této profese, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela a já jsem nastoupila do práce jako asistentka vrchní sestry a postupně jsem začala studovat a dnes dělám zdravotně sociálního pracovníka v různých službách.“* Jako

prospěšné uvádí další vzdělání, mířeno přímo na cílovou skupinu péče: „*My také procházíme celoživotním vzděláváním, mohu říci, že v té škole nám ty základy dají. Vyměňujeme si se spolužáky zkušenosti, navzájem navštěvujeme praxe v těch zaměstnáních spolužáků. To studium máme nedávno za sebou, ale v rámci organizace a jsme i ze zákona se neustále vzdělávat a my máme možnost si zvolit téma naší profesní práce a jezdíme taky. Už jsme si tu práci osahali ve skutečnosti. Že to není jen teorie, ale už jsme to viděli prakticky, a co klient je to malinko jiné, není na to ten model, že se to dělá furt stejně. Vidíte, že ten tatínek to nepřímá tak, jak by měl a takt zkoušíte různé formy metody práce tak, aby to přijal, že tam třeba přijde ta cizí služba, ne on to zvládne nebo naopak on se nemůže smířit s tou nemocí manželky a člověk se neustále učí za chodu i my ti sociální pracovníci.*“

Z činností vykonávaných ve své náplni práce uvádí nejprve sociální šetření (zjištění, zda klient odpovídá cílové skupině pro poskytování domácí hospicové péče), potom poradenskou činnost. Dále vykonává roli manažera a koordinátora služeb, má na starost půjčování kompenzačních pomůcek (nebo radí, kde lze pomůcky sehnat) a nezbytnou administrativní činnost. Vše doplňuje slovy: „*My chceme, aby ta služba byla fakt z naší stany 100,0 % poskytnutá ve smyslu podpory rodiny, nemocného, návazných zdrojů, na co ještě máte nárok a pomáháme jim to pak řešit, protože oni musí zajistit 24 hodinovou péči, tak aby nemuseli strávit na těch úřadech tolik času, tak co může ten zdravotně sociální pracovník, tak vyřeší za tu rodinu.*“

Na uvedeném příkladu jsou vidět nejčastější denní činnosti zdravotně sociálního pracovníka a tím je: sociální šetření, poradenská činnost, manažerská a koordinační činnost, jednání s klientem a jeho rodinou a taky administrativní činnost (viz Příloha 1).

5.3 Osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti podstatné pro výkon sociální práce v domácí hospicové péči

Jak již bylo řečeno, první kontakt s klientem probíhá přes zdravotně sociálního pracovníka, má tedy roli reprezentanta služby. V této roli se klade důraz na kultivované vystupování sociálního pracovníka, výpovědi participantů se s tímto shodují.

Důležitou roli hrají při výkonu sociální práce v hospicové péči osobnostní rysy zdravotně sociálního pracovníka. V tazatelské otázce: **Jaké osobnostní předpoklady a schopnosti považujete za nejdůležitější pro výkon sociální práce v hospici?** Participantů shodně uvádějí, že považují za nejdůležitější pro práci v hospici empatii, schopnost vcítit se

do druhých. Dále pak otevřenost, pravdivost, citlivost, ochotu pomáhat, odolnost vůči stresu, svědomitost, komunikativnost, zájem o hospicovou péči, pochopení, trpělivost, zkušenost s doprovázením, vyrovnání se s vlastní konečností a v neposlední řadě umění odpouštět.

ZSP1 odpovídá: „*Určitě je to empatie, pokud přijdete do rodiny, kde je ta nemoc, tak je tam smutek, prostě beznaděj, oni potřebují přijet, také komunikační schopnosti. Je výhoda, když je člověk osobnost, rychleji se skamarádíte. My vlastně se stáváme součástí rodiny, oni vědí, že nám mohou prakticky kdykoliv zavolat, ale zdravotně sociální pracovníci ne v noci, ale těm zdravotníkům ano a je to fakt o takové té empatii, musí tam být spolehlivost, zodpovědnost za převzetí té péče že se mohou na nás spolehnout, že se nebojí že nezvládneme tu péči, jsou různé nemoci že kdy že ten člověk onemocní, že ten člověk když bude mít záchvat, že nemůžeme být hysteričtí víme co máme dělat, máme nastavené ty postupy a jsme takoví otrlí, protože ta práce je někdy i veselá ale hodně smutná.*“

Jako důležitá se ukázala správná komunikace, která je přizpůsobená tomu, komu zdravotně sociální pracovník informace podává. ZSP3 uvádí: „*Poté je to klidný hlas, který dokáže člověka zklidnit, ale je i rázný, zároveň je přizpůsoben hlasitosti toho, kdo volá, protože on potřebuje vlastně zjistit důležité informace a zapamatovat si je. Takže bych řekla intonaci hlasu, přizpůsobit se kdo volá a podávat stručné a jasné informace.*“ ZSP4 tyto informace doplňuje: „*Základní předpoklad je trpělivost v komunikaci s lidmi, kteří řeší těžké životní situace a musí se jim i několikrát opakovat co se bude dít, jak se bude dít, někdy jsou sami rozrušeni, takže i empatie je velice důležitá, protože když mnohdy mluvíme se samotnými pacienty, který se ta péče týká, tak tam musíme volit vhodná slova, abych se jich to vyloženě nedotklo a přitom jsme ji sdělili ten obsah, jak se ta péče bude u nich projevovat, co všechno budeme pro ně dělat, takže ta trpělivost a empatie. Důležitá je i komunikativnost, vyznat se v různých oblastech, které potom vedu k tomu, abychom předali kvalitní informace, které ten člověk potřebuje.*“

K osobnostním předpokladům zdravotně sociálního pracovníka uvádí ZSP1: „*Ochota, no a co mě naučilo a nejsem moc kontaktní člověk, tak tam je to o kontaktech...to obětí...tam je to neuvěřitelné, že ty rodiny a ti nemocní, oni se potřebují v rámci toho sdílení smutku obejmout a chytnout za ruku a pohlédit po rameni. Pro spoustu lidí, kteří mají svou osobní zónu, je to problém. Musí být fakt citlivý, ten pacient to vycítí, že je pracovník odtazitý.*“ ZSP5 k osobnosti pracovníka dodává: „*Myslím si, že v profesi sociálního pracovníka*

klíčovou roli vždycky hraje nějaká osobnost toho člověka, což je ten hlavní pracovní nástroj.“

Dovednosti zdravotně sociálních pracovníků se dají osvojit již v průběhu studia, ale je zapotřebí je nadále rozvíjet a posilovat, protože v oblasti sociální práce vznikají neustále nové teorie, metody a přístupy a dochází k častým změnám. Takže neustálý rozvoj a rozšiřování znalostí je v této oblasti opravdu zapotřebí.

Na otázku: **Které praktické dovednosti spatřujete jako stěžejní pro výkon své profese?**

Participant nejčastěji uváděli, že zdravotně sociální pracovník by měl mít přehled o zákonech, která se týkají dávkového systému, obzvláště příspěvku na péči. Mezi další dovednosti respondentky řadí: umění odpovědět na otázky, které se zabývají koncem života a smrti, umění vést dokumentaci, umět pracovat s počítačem, organizační schopnosti a řídit osobní automobil. ZSP1 na tuto otázku odpovídá: *„Určitě řízení. První dotaz, když přijímáme nového pracovníka, je, jestli je aktivní řidič, protože fakt i s parkováním. To není jen rozjet auto, ale i zaparkovat. V tom měště to není úplně jednoduché. Organizační schopnosti určitě, ten pracovník není určený jen pro jednu rodinu, musí si to umět zorganizovat, aby vyšel lidem co nejvíce vstříc.“*

Čtyři z pěti participantů (kromě ZSP1) uvedly, že v jejich zařízení se při nástupu posuzovaly i předpoklady pro výkon sociální práce v hospici.

5.4 Zdravotně sociální pracovník jako součást multidisciplinárního týmu

Podle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2016), jsou členy multidisciplinárního týmu v hospici tyto profese: lékař, zdravotní sestra, zdravotně sociální pracovník/sociální pracovník a duchovní nebo pastorační pracovník. Na tomto složení se shodují i odpovědi participantů. Ve všech domácích hospicových službách uvádějí jako další složku týmu pečovatelky (odlehčující služby).

V odpovědi na tazatelskou otázku: **Jak vnímáte své postavení v rámci multidisciplinárního týmu v hospicové péči?** ZSP4 uvádí: *„Myslím si, že zdravotně sociální pracovník je takovéto gró, takovou hlavou, která vykomunikuje i příjem nových pacientů mluví s rodinnými příslušníky a následně předává ucelené informace a soubor samotným zdravotníkům a lékařům, kteří následně vykonávají tu činnost v rodinách a mají to naservírované zrovna u nás to tak chodí na tom talířku a už vědí kam jedou, takže*

v tomto vidím i takové ulehčení pro ty ostatní členy týmu a z toho, jak se mezi sebou bavíme, tak si myslím, že i ostatní kvitují a jsou za to rádi, že to tak máme nastaveno a tento systém nám vyhovuje, takže ta odezva je kladná.“ ZSP3 na tuto otázku odpovídá: „Já si myslím, že jsme důležitá součást, protože kolegové lékaři či zdravotníci se na nás obrací proto, abychom vyřešili sociální záležitosti, protože v dané věci nejsou tito kolegové kompetentní a nemají takové znalosti, jaké má zdravotně sociální pracovník.“ Z jejich výpovědí vyplývá, že zdravotně sociální pracovník plní úlohu koordinátora v týmu.

Do multidisciplinárního týmu zahrnuje Marková (2010) i členy pacientovi rodiny a samotného klienta, protože pouze v takovémto složení týmu může být zachována autonomie klienta a jeho důstojnost. Dále uvádí vhodnou komunikaci mezi jednotlivými zaměstnanci zařízení, kteří se na péči o klienta podílí. Zvolit jednu osobu, která dohlíží a brání vzniku nesrovnalostem a nedorozuměním. Z výpovědí zdravotně sociálních pracovníků vyplývá, že jsou to právě ony, zdravotně sociální pracovníce, které mají roli hlavního koordinátora a výše uvedené výpovědi participantů toto potvrzují.

Všechny zdravotně sociální pracovníce vnímají své postavení v rámci multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči kladně. ZSP1 a ZSP5 připouští, že toto vnímání je dáno povahou práce v paliativní péči a v jejich předchozích zaměstnáních to bylo jinak. ZSP1 vypovídá: *„V rámci naší domácí hospicové péče, my jsme skvělý tým, ale kdybych to obecně pojala, tak dříve mi přišlo, že ten zdravotně sociální pracovník mimo hospicové týmy nebyl vnímán pozitivně ve smyslu odbornosti, že ti lékaři a zdravotní personál na LDN a nemocnicích na jejich názory moc nedali, ale co se týče těch hospicových týmů, tam si myslím, že každý má své místo a že to funguje perfektně jak má a je to nastavené, protože ten rozvoj v této době hospicové péče tomu nasměřuje a všichni o to usilují, aby cílem byl ten klient ať už doma když je to mobilní hospicový tým nebo kamenný hospic, aby ten pacient byl co nejvíce spokojený zkrátka ve smyslu co ještě jde v souvislosti s jeho onemocněním.“*

Na tazatelskou otázku: **V čem vnímáte prospěšnost/důležitost Vaší práce v týmu?** ZSP1 odpovídá: *„Je to fakt spolupráce s rodinou, a protože ten hospicový tým se zaměřuje na to onemocnění. Lékař a zdravotní sestry řeší bolesti a ty tam jsou a jakým způsobem to mají, my pak řešíme jako sociální pracovníci nebo zdravotně sociální pracovníci více tu psychickou stránku, že na to my máme ten prostor, když jsme v tom týmu a zdravotníci nemusí ten prostor, který by mohli trávit jinými nemocnými věnovat tomu klientovi.“*

ZSP2 svou odpovědí znovu potvrzuje, že zdravotně sociální pracovník na základě sociálního šetření je schopen určit, zda klient již potřebuje hospicovou péči, či nikoli: „*Je to hlavně vnastavení té služby, v sociálním šetření a zajištění klientů, kteří spadají do naší cílové skupiny.*“

Další respondentky se shodují v odpovědi, že prospěšnost sociální práce v týmu spočívá v komplexní péči o klienta a jeho rodinu. ZSP3 tuto otázku shrnuje slovy: „*Prospěšnost je komplexní podání informací, a to jak vůči pracovníkům v hospici, tak vůči klientům a rodině příbuzného a podání ve srozumitelné formě.*“

Z výpovědí participantů je patrné, že zdravotně sociální pracovník zastává v zařízení široké spektrum činností. Tyto činnosti zahrnují: jednání se zájemci o domácí hospicovou péči, příjem klienta do hospice, získávání důležitých informací o klientovi a jeho rodinném zázemí, spolupráce s rodinou klienta, pomoc klientům v nepříznivé sociální situaci, mapování potřeb a přání pacienta, pomoc při vyřizování dávek, důchodů a komunikace s úřady péče o pozůstalé.

Na tazatelskou otázku: **Jak vnímáte spolupráci s ostatními odborníky v týmu?** Odpovídali participanté podobně se slovy, že si vychází vstříc, komunikují, vyměňují zkušenosti rady a zkušenosti. Nastavenou spolupráci vnímají kladně. Shodně uvádí, že se celý tým pravidelně schází a předává si informace o klientově zdravotním stavu, situaci v rodině a dalších důležitých věcech. Velké multidisciplinární porady také slouží k ucelení týmu a jsou dobrým nástrojem pro předávání informací mezi jednotlivými profesemi. Ve výpovědích také několik participantů okrajově zmínilo, že kromě těchto velkých střetnutí se zástupci jednotlivých profesí setkávají i každý den ráno při předávání služby, jen již v menším počtu. Zde se již neschází celý multidisciplinární tým, ale každé oddělení se schází samostatně. Díky těmto menším setkáním mohou jednotliví pracovníci mezi sebou denně konzultovat klienty a předávat si informace. U všech participantů je hlavním uváděným důvodem toho, proč je multidisciplinární spolupráce v hospicové péči tak důležitá, nutnost zajištění komplexní péče o pacienta a jeho rodinu. Ta by dle výpovědí nebyla realizovatelná v případě absence kterékoli profese. Za zvlášť zásadní respondenti považovali, aby potřeby pacientů byly uspokojovány ve všech rovinách, ať už se jedná o oblast biologickou, psychickou, sociální nebo spirituální.

Svatošová (2011) klade důraz na rovnost všech pracovníků v multidisciplinárním týmu. V týmu nesmí docházet k situacím, kdy kterýkoli člen týmu bere svou pozici nadřazeně nebo naopak podřadně. Výpovědi participantů se s tvrzením M. Svatošové ztotožňují a

poukazují na velmi dobré pracovní vztahy mezi členy multidisciplinárního týmu, kde se všichni tolerují a uznávají.

ZSP3 hodnotí spolupráci v týmu následovně: *„Na vysoce odborné úrovni. Hlavně je to o přátelství, o příjemném předávání informace, a co mě velmi překvapilo, že klienti nejsou označováni dehonestujícími jmény, ale opravdu se o nich mluví jako o osobách, které mají zachovány svou důstojnost.“* ZSP4 k tématu dodává: *„U nás v organizaci je to moc fajn, myslím si, že si navzájem vycházíme všichni vstříc. Myslím si, že se nedělají rozdíly, jestli jako někde slyšíme, že se lékaři staví výše nad zdravotní sestry, myslím si, že tady u nás panuje týmová spolupráce a táhneme za jeden provaz.“*

Stejně jako se částečně prolíná posuzování potřeb v týmu, tak se prolínají hranice mezi jednotlivými profesemi. Participantů uvádějí, že hranice v multidisciplinárním týmu nejsou striktně odděleny nebo se vzájemně prolínají. To, že nejsou v týmu striktně vymezeny hranice jednotlivých profesí, někteří pracovníci také považovali za přínosné pro vytváření vztahu s pacientem a zajištění jeho potřeb. ZSP1 uvádí příklad: *„Do zdravotních odborných věcí se zdravotně sociální pracovník nepouští, konzultují, nahlásí to tomu zdravotníkovi... Jako úplně odborné věci ne, ale například máme problém podání léku, teď ta rodina tam není, zdravotník už tam nemůže být a pacient to nemůže pojmout, tak dohlédneme vizuálně, a pomůžeme s podáním léku.“* Díky tomu má však příležitost si vytvořit s klientem hlubší vztah, než kdyby se držela striktně své profesionální role.

Analýzou výpovědí participantů se dají shrnout poznatky pro správné fungování multidisciplinárního týmu, a to je: otevřenost a pokora členů týmu, průběžné předávání informací a rovnocenná pozice všech členů týmu.

Případová studie ZSP5

ZSP5 nastoupila na pozici zdravotně sociálního pracovníka v domácím hospici před pěti lety. Zkušenosti s prací v zařízení paliativní péče do té doby neměla, pracovala jako zdravotně sociální pracovník v nemocnici na oddělení následné péče. Uvádí, že v předchozím zaměstnání byla sociální práce často opomíjena, hlavně lékaři jí nepřikládali velký význam a jejich názor byl brán jako hlavní a neotřesitelný. Při spolupráci s ostatními profesemi zažívala pocit, že její práce je nedůležitá. Po nastoupení do domácího hospice byla překvapena zcela odlišným vnímáním péče o klienty a svou novou pozicí v týmu. Složení multidisciplinárního týmu udává takto: lékař, zdravotní sestra, pečovatelky (odlehčovací služba), zdravotně sociální pracovník a duchovní pracovník. Ze svého

současného pohledu na tým, ve kterém nyní pracuje, a svou úlohu v něm vypovídá: „*Akceptace jakéhokoliv člověka v jakémkoliv týmu vychází z toho, jaký ten člověk je a jak se projevuje a umí prosadit, že bych si nemyslela, že by to bylo tím pracovním zařazením, ale je to hodně o osobnosti toho člověka. Jak se cítí. Nedokážu na to objektivně odpovědět, nevím, co by řekli moji kolegové z multidisciplinárního týmu, ale mám pocit, že jsem docela v úzkém kontaktu se členy z multidisciplinárního týmu, že ta komunikace je každodenní ať už s lékaři či zdravotníky z odlehčovací službou a myslím, že funguje dobře.*“ Úzký kontakt s ostatními členy týmu bere jako výhodný, pokud si např. není jistá něčím, co se úzce dotýká zdravotní složky péče o klienty, radu od lékaře či zdravotní sestry má vždy nadosah. Na komunikaci a spolupráci s ostatními členy v týmu odpovídá: „*Nemám pocity, že bychom se nemohli domluvit a když dojde někdy k nějakým nedorozumění a vždycky je snaha to nějak řešit a mám pocit, že se vždycky nějak domluvíme, že to není tak, že bych se cítila nějak nedocenená jako zdravotně sociální pracovník, cítím se jako partner jiných profesí a nevidím se ani nějak nadřazeně ani podřazeně, prostě vidím partnerskou komunikaci.*“ Co se týče nepostradatelnosti zdravotně sociálního pracovníka v týmu, dodává: „*Ten zdravotně sociální pracovník, který má své pole působnosti úplně si nedokážu představit, že bych, nemyslím konkrétně, že bych byla nenahraditelná, ale myslím si, že tenhle pracovník má svoje místo, protože víc už to jen plyne z toho, že tady mám celý den co dělat a té práce je hodně, takže kdybyste nebyla nebo tu nebyl ten zdravotně sociální pracovník, tak nevím kdo by to dělal, takže rozhodně mám pocit, že tady má své místo.*“

Porozumění, stejný cíl a vnímání své pozice v multidisciplinárním týmu na závěr opět utvrzuje slovy „*V rámci týmu vnímám dobře a dnes a denně se musíme domluvit a domluvíme se, a když se nemůžeme domluvit, tak hledáme cesty, jak se domluvit, takže spolupráci vnímám dobře.*“

Z uvedeného je zřejmé, že zdravotně sociální pracovník je v multidisciplinárním týmu důležitý, stejně jako ostatní profese. Správné nastavení spolupráce efektivně rozvíjí činnost týmu, a tudíž i zajištění komplexnosti všech potřeb pro klienta a jeho rodinu.

6 DISKUZE

Použitou strategií kvalitativního výzkumu, metodou případové studie, její analýzou a následnou interpretací bylo pomocí dílčích výzkumných cílů zodpovězeno na hlavní výzkumnou otázku a to objasnit význam zdravotně sociálního pracovníka jako součásti multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči.

Umírání a smrt představuje stresující téma pro každého, ať se jedná o osobu, která je sama na sklonku života nebo o rodinu či blízké této osoby. O tyto umírající je třeba se důstojně starat. Stinnou stránkou institucionálního umírání je chladná a neosobní profesionální péče. Díky domácí hospicové péči vznikla varianta, která paliativním pacientům nabízí završit svůj život v kruhu rodiny, blízkých a ve svém důvěrně známém prostředí.

Mrocek (2017) zdůrazňuje, že paliativní péče se snaží o co nejlepší možnou kvalitu života umírajících lidí. V poskytování paliativní péče patří mezi prvořadě priority zachování lidské důstojnosti. Do vnímání lidské důstojnosti patří i to, jak člověk vnímá postupné chátrání svého těla. S lidskou důstojností jsou spojeny pojmy respekt, autonomie a kontrola. Pocit ztráty důstojnosti je spojen s pocitem špatné kvality života a touhou zemřít. Strach z představy bolestného umírání a ztráty kontroly nad sebou proto můžou negativně ovlivnit subjektivní hodnocení kvality života v terminálním stadiu.

Zdravotně sociální pracovníky řadíme mezi pomáhající profese. Rámec činnosti tvoří legislativní vymezení kompetencí a etické kodexy pro výkon profese. Prosociální chování, altruismus, touha pomoci a empatie jsou klíčovými vlastnostmi pro výkon této profese.

Zdravotně sociální pracovník původně do týmu pečující o nevléčitelně nemocné nepatřil. Důvodem byla představa zdravotníků o tom, že zdravotně sociální pracovník je jen úředník a v přímé péči o klienta pro jeho účast není důvod. Právě rozvoj paliativní péče a potřeba zajištění všech potřeb klienta vedlo k rozhodnutí o přijetí zdravotně sociálního pracovníka do multidisciplinárního týmu. Bakalářská práce byla vypracována za účelem bližšího prozkoumání role zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče.

Studiem odborné literatury bylo zjištěno, že k pokrytí všech aspektů paliativní péče je nezbytná součinnost celého multidisciplinárního týmu, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, pastorační/duchovní pracovníci, zdravotně sociální pracovníci a další odborníci. Svou roli v týmu má i rodina a blízcí klienta.

Výzkumem získané informace a podněty jsou jen několika skutečnostmi, ze kterých nelze činit zásadní ustanovení. Zvolená technika výzkumu nám přinesla pohled nejen na význam zdravotně sociálních pracovníků v domácí hospicové péči, ale také na jejich prospěšnost v multidisciplinárním týmu.

Případové studie ZSP1, podaná designem kazuistiky, nám přinesla odpovědi na první dílčí výzkumnou otázku (**DVO 1**), **Odpovídá pracovní náplň představám a profilu absolventa zdravotně sociálního pracovníka?** Na uvedeném příkladu ZSP1 jsou v praxi zjištěny nejčastější denní činnosti zdravotně sociálního pracovníka a tím je: sociální šetření, poradenská činnost, manažerská a koordinační činnost, jednání s klientem a jeho rodinou a taky administrativní činnost. V dalším dotazování se zdravotně sociální pracovníci shodují, že podstatnou část práce zdravotně sociálního pracovníka tvoří administrativní činnost spojená se sociální agendou. Jde často o první kontakt ve vztahu pacient, nejbližší rodina, lékař nebo zdravotnické zařízení, které do této doby poskytovalo péči a nyní nově organizováno jako hospic. Vše se odehrává ve vysoce psychicky náročné situaci, kdy dochází k náhlým změnám a je potřeba rychlých a efektivních rozhodnutí na mnoha úrovních. Vedle materiálního a hmotného zabezpečení nabývá na důležitosti zejména celkové pochopení a přímý kontakt s umírajícím a jeho nejbližšími, což zahrnuje mnoho dílčích aspektů, např. komunikaci, naslouchání, blízkost a vzájemnou důvěru. Podpora a pomoc směřovaná k blízkým pokračuje i v případě úmrtí doprovázeného. Potřebné je též správné posouzení vhodnosti péče v domácím prostředí s přihlédnutím k aktuální rodinné situaci a zdravotnímu stavu nemocného. Z výše zmíněného je zřejmé, jak je pozice sociálního pracovníka v týmu nezastupitelná a nepostradatelná. Takto ji také vnímali všichni účastníci výzkumu. Zabývali se komplexním přístupem ke klientovi, doprovázením rodin i péčí o pozůstalé, dokázali se zamyslet nad obsahem sociální práce i vlastními kompetencemi. Obtíže byly jednotlivými členy spatřovány především v nadměrné administrativě a v každodenním náročném setkávání se s bolestí, utrpením a požadavkem na vyrovnání se s vlastní konečností.

V souvislosti s druhou dílčí výzkumnou otázkou (**DVO 2**): **Jaké osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti považují zdravotně sociální pracovníci za podstatné pro výkon sociální práce v domácí hospicové péči?**, bylo zjištěno široké spektrum osobnostních předpokladů a praktických dovedností, kterými musí být zdravotně sociální pracovník v hospici disponovat. Za nejdůležitější pro práci v hospici byla uvedena empatie, protože schopnost vcítit se do druhých, je v paliativní medicíně důležitá. Mezi další

potřebné vlastnosti patří otevřenost, pravdivost, citlivost, ochotu pomáhat, odolnost vůči stresu, svědomitost, komunikativnost, zájem o hospicovou péči, pochopení, vyrovnání se s vlastní konečností a v neposlední řadě umění odpouštět. Svatošová (2011) ve své práci uvádí, že setkání s utrpením nenechává nikoho lhostejným. Dotýká se všech: rodiny, personálu, dobrovolníků i návštěv. Tváří v tvář smrti lidé často mění žebříček hodnot, stávají se více lidskými. Je to právě lidskost, která společnost mění a klienti ji od pracovníků potřebují.

Z praktických dovedností v hospicové péči je nezbytná schopnost správně komunikovat nejen s klienty, ale i s pečujícími. Velmi se cení umění odpovědět na otázky, které se zabývají koncem života a smrti. Mezi další dovednosti, které nejsou uváděny v literatuře, ale jsou nezbytné pro poskytování domácí hospicové péče, je být aktivním řidičem a schopnost vypořádat se s technologiemi, hlavně práce s počítačem a s navigací. Jako důležitá se ukázala osobnost zdravotně sociálního pracovníka, která byla uvedena jako pracovníkův hlavní pracovní nástroj.

Prostřednictvím třetí dílčí výzkumné otázky (**DVO 3**): **Jsou v multidisciplinárním týmu zdravotně sociální pracovníci dostatečně akceptováni jinými odborníky?**, bylo zodpovězeno na otázku nastavení vztahů v multidisciplinárním týmu.

Arnoldová (2016) v rámci komplexní péče o nevléčitelně nemocné vyzdvihuje roli zdravotně sociálního pracovníka. Jeho posláním je pomáhat klientům a jejich blízkým zvládnout náročnou životní etapu a být jim na této cestě pomocníkem a rádcem. Zdravotně sociální pracovník má v týmu roli hlavního koordinátora, kdy zajišťuje předávání informací, mezi jednotlivými členy týmu. Fungování a spolupráce multidisciplinárního týmu bylo uvedeno na případové studii ZSP5, vedené způsobem kazuistiky. Správné nastavení spolupráce efektivně rozvíjí činnost týmu, a tudíž i zajištění komplexnosti všech potřeb pro klienta a jeho rodinu. Spolupráci v multidisciplinárním týmu vnímali všichni dotazovaní kladně. Setkávání týmů probíhá formou multidisciplinární porady, která také slouží k ucelení týmu a jsou dobrým nástrojem pro předávání informací mezi jednotlivými profesemi k zajištění komplexní péče o pacienta a jeho rodinu. Ta by, dle výpovědí, nebyla realizovatelná v případě absence kterékoli profese. Za zvlášť zásadní respondenti považovali, aby potřeby pacientů byly uspokojovány ve všech rovinách, ať už se jedná o oblast biologickou, psychickou, sociální nebo spirituální. Zdravotně sociální pracovník má nezastupitelnou roli v týmu jako hlavní koordinátor, kdy zajišťuje předávání informací, mezi jednotlivými členy týmu.

Na základě těchto zjištění je zdravotně sociální pracovník uváděn jako významná část multidisciplinárního týmu při poskytování paliativní péče v domácím prostředí. Další jeho zaměření je v činnosti v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče.

Doporučení pro praxi:

Z analýzy dat, získaných pomocí kvalitativního výzkumu, vyplynuly určité závěry, které mohou být využity jako doporučení pro sociální práci poskytované v domácí hospicové péči.

- Posilovat kompetence zdravotně sociálních pracovníků;
- dbát o celoživotní vzdělání pracovníků;
- podporovat podvědomí o nezastupitelné roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu;
- poskytovat individuální sociální poradenství klientům ve zdravotnickém zařízení i domácí péči;
- provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti zaměřené na cílené a včasné vyhledávání sociálně ohrožených jedinců;
- aktivně komunikovat s rodinami klientů.

Na základě analýz z vědeckých zdrojů bylo potvrzeno, což přinesly i výsledky našeho výzkumu, že přítomnost zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je v rámci komplexní péče o pacienty nezbytná. Zdravotně sociální péče spočívá v její návaznosti na sebe, podpořené kompetencemi zdravotnických pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývá významem zdravotně sociální práce ve zdravotnickém zařízení poskytující domácí péči hospicového typu. Cílem práce bylo zmapovat roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu mobilního hospice. K pokrytí všech aspektů paliativní péče je nezbytná součinnost celého multidisciplinárního týmu, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, pastorační/duchovní pracovníci, zdravotně sociální pracovníci a další.

K dosažení zadaného cíle byla vybrána kvalitativní strategie výzkumu a technika polostrukturovaného rozhovoru. Bylo osloveno pět participantů, zastávající pozici zdravotně sociálního pracovníka v mobilním hospici v rozmezí 2 – 8 let.

Z analýzy rozhovorů a odpovědí v rámci první výzkumné otázky bylo zjištěno, že zdravotně sociální pracovník vykonává všechny činnosti podle § 3 odst. 1 (Vyhláška č. 55/2011 Sb.), jelikož ty jsou náplní práce zdravotně sociálního pracovníka v domácí hospicové péči. Z pracovní náplně se pak odvíjejí jednotlivé role, které zdravotně sociální pracovník zastává. Je první osobou, s kterou zájemce o službu komunikuje, a tudíž má vliv na klientův názor na poskytovanou službu. Poskytovány jsou základní informace o organizaci, popřípadě mu doporučí službu pro něj vhodnější. Zastupuje tedy roli reprezentanta služby. Další role je role poradce, kdy jsou poskytovány poradenské služby klientům, ale zejména také jejich blízkým a následně pozůstalým (poradna pro pečující a pozůstalé). Zdravotně sociální pracovník také poskytuje psychickou a sociální oporu rodině klienta. Úkolem zdravotně sociálního pracovníka je i rozhodování o přijetí a nepřijetí klienta do péče. Pro ověření těchto podmínek provádí zdravotně sociální pracovník sociální šetření v rodině klienta, plní zde roli sociálního pracovníka. Před uzavřením smlouvy předkládá klientům informace o administrativních úkonech a fungování péče, plní i roli edukátora.

Druhá dílčí otázka vedla k identifikaci osobnostních předpokladů, schopností a dovedností podstatných pro výkon sociální práce v domácí hospicové péči. Bylo zjištěno, že nejdůležitější pro práci v hospici je osobnost zdravotně sociálního pracovníka a jeho dostatečná míra empatie. Z praktických dovedností to byla nezbytná schopnost správné komunikace nejen s klienty, ale i s pečujícími, umět vhodně odpovědět na jakoukoli otázku z oblasti zdravotní, sociální, legislativní, spirituální. Mezi další dovednosti podle participantů patří vedení dokumentaci, práce s počítačem a v neposlední řadě řízení

osobního automobilu za jakéhokoli počasí. Všechny vlastnosti, schopnosti a dovednosti při výkonu práce v multidisciplinárním týmu je nezbytné dlouhodobě rozvíjet, posilovat.

Řešena byla i otázka s cílem zmapovat roli zdravotně sociální pracovníka jako součást multidisciplinárního týmu. Výsledná zjištění ukazují, že zdravotně sociální pracovník má nezastupitelnou roli v multidisciplinárním týmu jako hlavní koordinátor, který zajišťuje předávání informací mezi jednotlivými členy týmu, jelikož multidisciplinární spolupráce v hospicové péči je nutná pro zajištění komplexní péče o pacienta a jeho rodinu. Je tedy možné konstatovat, že předložená bakalářská práce splnila svůj záměr.

Na základě výše uvedených skutečností lze pro praxi zdravotně sociální práce v domácí hospicové péči doporučit posilování kompetencí zdravotně sociálních pracovníků, jejich celoživotní vzdělávání, poskytování individuálního sociálního poradenství klientům, aktivní komunikaci s rodinami klientů, provádění sociální prevence, včetně depistážní činnosti a zvyšování informovanosti veřejnosti o nezastupitelné roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAM, Z. a kol. 2004. *Paliativní medicína*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.
- [2] ARNOLDOVÁ, A. 2016. *Sociální péče 2. Díl*. 1. vyd. Praha: Grada. Publishing. ISBN 978-80-247-5148-1.
- [3] BYDŽOVSKÝ, J. a kol. 2015. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu. ISBN 978-80-905867-0-3.
- [4] CONNOR, S. R. *Hospice and Palliative care. The Essential Guide*. Third Edit. New York: Routledge, 2018. ISBN 781-1-138-64861-6.
- [5] DISMAN, M. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [7] HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [8] CHRASTINA, J. 2019. *Případová studie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5373-6.
- [9] KABELKA, L. 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.
- [10] KISVERTOVÁ, H. 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- [11] KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M. a R. GOLDMANN. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- [12] KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 978-80-247-2713-4.
- [13] KÜBLER-ROSS, E. 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- [14] MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [15] KUPKA, M. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4746-500.

- [16] MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [17] MARKOVÁ, A. 2015. *Hospic do kapsy*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.
- [18] MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- [19] MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- [20] MROCEK, M. 2017. *Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Paliatívna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN. ISBN sine.
- [21] OPATRNÁ, M. 2017. *Etické problémy v onkologii*. 2.vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-205-4522-3.
- [22] SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et. al. 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2.vyd. Praha: Galén. 2011. ISBN 978-80-266-1279-7.
- [23] SLÁMOVÁ, R., MARKOVÁ, A., KUBÁČKOVÁ, P. a B. ANTONOV, 2018. *Praktický průvodce koncem života*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.
- [24] STUDENT, J. Ch., MÜHLUM, A. and U. STUDENT. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: Nakladatelství H&H. ISBN 80-7319-038-9.
- [25] SVATOŠOVÁ, M. 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-807-1955-801.
- [26] ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [27] TAHAL, R. 2017. *Marketingový výzkum Postupy, metody trendy*. Praha: Grada. ISBN 2017 978-80-271-0206-8.
- [28] Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- [29] Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách
- [30] Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Participanti výzkumu</i>	37
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rozhovor ZSP1

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR ZSP1

Jak probíhá Váš běžný pracovní den?

ZSP Záleží, když nás někdo kontaktuje, že od nás něco potřebuje, tak vyjedeme za nimi na tu konkrétní adresu. My máme mobilní hospic, my nemáme kamenný. Nemám kromě praxe s hospici na Svatém kopečku zkušenost s kamennými hospici. Vyjedeme s tím, kdo tam jde za ten zdravotní tým a řešíme to společně. Seznámíme se u příjmu s pacientem, pacient s tím musí souhlasit, co by od nás potřebovali, co od nás očekávají a rozdělíme si potom z výsledku toho jednání, co si kdo vezme na starost.

Jaké stěžejní činnosti vykonáváte ve Vaší práci?

ZSP U těch lidí se vyřizují různé podpory a dávky, aby ...hospicová péče je zdarma, oni když potom čerpají sociální služby..., když je ten člověk relativně zdravý, tak má nárok na příspěvek na péči, tak se snažíme té rodině to nabídnout vyřídit, zajít na ten úřad.

Připravilo Vás studium na výkon sociální práce s touto cílovou skupinou?

ZSP Učili jsme se něco, ale praxe je největší učitel. Jedna naše kolegyně je moje učitelka, protože jsem netušila, že skončím u této profese, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela a já jsem nastoupila do práce jako asistentka vrchní sestry a postupně jsem začala studovat a dnes dělám ZSP v různých službách.

Někdo má kurz ELNEK pro paliativní medicínu.

ZSP My také procházíme celoživotním vzděláváním, mohu říci, že v té škole nám ty základy dají. Vyměňujeme si se spolužáky zkušenosti, navzájem navštěvujeme praxe v těch zaměstnáních spolužáků. To studium máme nedávno za sebou, ale v rámci organizace a jsme i ze zákona se neustále vzdělávat a my máme možnost si zvolit téma naší profesní práce a jezdíme taky. Už jsme si tu práci osahali ve skutečnosti. Že to není jen teorie, ale už jsme to viděli prakticky, a co klient je to malinko jiné, není na to ten model, že se to dělá furt stejně. Vidíte, že ten tatínek to nepřímá tak, jak by měl a takt zkoušíte různé formy metody práce tak, aby to přijal, že tam třeba přijde ta cizí služba ne on to zvládne nebo

naopak on se nemůže smířit s tou nemocí manželky a člověk se neustále učí za chodu i my ti SP.

Jaké osobnostní předpoklady považujete za nejdůležitější pro práci v domácí hospicové péči?

ZSP Určitě je to empatie, pokud přijdete do rodiny, kde je ta nemoc, tak je tam smutek, prostě beznaděj, oni potřebují přijetí.....také komunikační schopnosti. Je výhoda, když je člověk osobnost, rychleji se skamarádíte. My vlastně se stáváme součástí rodiny, oni vědí, že nám mohou prakticky kdykoliv zavolat – ZSP ne v noci, ale těm zdravotníkům ano a je to fakt o takové té empatii, musí tam být spolehlivost, zodpovědnost za převzetí té péče že se mohou na nás spolehnout, že se nebojí že nezvládneme tu péči, jsou různé nemoci že kdy že ten člověk onemocní, že ten člověk když bude mít záchvat, že nemůžeme být hysteričtí víme co máme dělat, máme nastavené ty postupy a jsme takoví otrlí, protože ta práce je někdy i veselá ale hodně smutná.

Které praktické dovednosti spatřujete jako stěžejní pro výkon své profese?

SP Určitě řízení. První dotaz, když přijímáme nového pracovníka, je, jestli je aktivní řidič, protože fakt i s parkováním. To není jen rozjet auto ale i zaparkovat. V tom městě to není úplně jednoduché. Organizační schopnosti určitě, ten pracovník není určený jen pro jednu rodinu, musí si to umět zorganizovat, aby vyšel lidem co nejvíce vstříc. Ochota no a co mě naučilo a nejsem moc kontaktní člověk, tak tam je to o kontaktech...to obětí...tam je to neuvěřitelné, že ty rodiny a ti nemocní, oni se potřebují v rámci toho sdílení smutku obejmout a chytnout za ruku a pohladit po rameni. Pro spoustu lidí, kteří mají svou osobní zónu, je to problém. Musí být fakt citlivý, ten pacient to vycítí, že je pracovník odtahitý. Někdy jim člověk dá neverbálním způsobem nabídku, že to jde a ono se to pak spustí a není od věci, když se chce ZSP plakat, že když člověk zemře nebo je to vážné, že si popláčou spolu a není to neprofesionální věc a lidé to vnímají pozitivně, že se naváže ten vztah. Je to tam poznat. Je to tam emotivní.

Lidé vás asi vnímají dobře, že nejste stroje...

ZSP Ano člověk by si řekl, že jsem to nezvládla, ale není to tak. Nešetkala jsem se s tím, že by to někdo přijal negativně, když se to někomu z nás stane.

Jak vnímáte roli ZSP? Jak vnímáte své postavení v rámci multidisciplinárního týmu v DHP?

SP V rámci naší DHP my jsme skvělý tým, ale kdybych to obecně pojala, tak dříve mi přišlo, že ten SZP mimo hospicové týmy nebyl vnímán pozitivně ve smyslu odbornosti, že ti lékaři a zdravotní personál na LDN a nemocnicích na jejich názory moc nedali, ale co se týče těch hospicových týmů, tam si myslím, že každý má své místo a že to funguje perfektně jak má a je to nastavené, protože ten rozvoj v této době hospicové péče tomu nasměruje a všichni o to usilují, aby cílem byl ten klient ať už doma když je to mobilní hospicový tým nebo kamenný hospic, aby ten pacient byl co nejvíce spokojený zkrátka ve smyslu co ještě jde v souvislosti s jeho onemocněním.

Zmínila jste, že dříve nebyl ten ZSP vnímán dobře, že?!

SP Tak se mění uvažování lidí, protože když onemocní jejich příbuzný a zůstali v té nemocnici, tak oni vždycky dali na lékaře, už se to nezvládnete pečovat, musíte dát maminku, babičku do domova nebo do ústavu atp. Takže mně teď přijde, že když tam ten ZSP je, on s těma rodinama i těma pacientama potažmo klientama více pracuje a fakt se rozvíjí ty sociálně služby, že tady existují a že to všechno není černé a bílé.

Jak vnímáte prospěšnost či důležitost své práce ZSP v týmu?

ZSP Je to fakt spolupráce s rodinou, a protože ten hospicový tým se zaměřuje na to onemocnění. Lékař a zdravotní sestry řeší bolesti a ty tam jsou a jakým způsobem to mají, my pak řešíme jako sociální pracovníci nebo ZSP více tu psychickou stránku že na to my máme ten prostor, když jsme v tom týmu a zdravotníci nemusí ten prostor, který by mohli trávit jinými nemocnými věnovat tomu klientovi. My chceme, aby ta služba byla fakt z naší stany 100,0 % poskytnutá ve smyslu podpory rodiny, nemocného, návazných zdrojů, na co ještě máte nárok a pomáháme jim to pak řešit, protože oni musí zajistit 24 hodinovou péči, tak aby nemuseli strávit na těch úřadech tolik času, tak co může ten ZSP, tak vyřeší za tu rodinu.

Vykonáváte nějaké úkoly, které podle Vašeho názoru nespadají do Vaší kompetence?

ZSP Záleží na počtu personálu, ale do zdravotních odborných věcí se ZSP nepouští, konzultují, nahlásí to tomu zdravotníkovi, té vrchní sestře, my většinou nemluvíme s těma lékařema, to už si řeší ti zdravotníci, ale jako občas samozřejmě není kdo by pomohl, tak ZSP se převleče a jde řešit běžnou péči v sociálních službách.

Myslíte zdravotní úkony?

ZSP Jako úplně odborné ne, ale například máme problém podání léku, teď ta rodina tam není, zdravotník už tam nemůže být a člověk to nemůže pojmout, tak dohlížíme vizuálně, ale pokud ten člověk je tak nemocný, že si to nemůže sám vyklopit z té lékovky, tak je možné že tohle se udělá a my víme, že to není správně. Ale je hrozně těžké ty potřeby všechny zajistit, když tady to nachystal ten lékař a abychom to nemohli udělat, ale nesmíme to.