

Umírání a smrt pohledem pracovníků v sociálních službách

Marek Štec

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Štec Marek
Osobní číslo: H19511
Studijní program: B0111A190011 Sociální pedagogika
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Umírání a smrt pohledem pracovníků v sociálních službách

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti stáří, hospicové péče, smrti a umírání.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou hloubkového rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

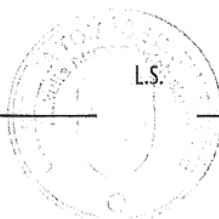
Seznam doporučené literatury:

- GROF, Stanislav, 2017. Lidské vědomí a tajemství smrti. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-2214-5.
CHRÁSKA, Miroslav, 2016. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
SIEBEROVÁ, Jana, 2019. Proč máme strach ze smrti? Jak zvládnout její příchod. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-654-9.
VOLANDES, Angelo, 2015. Umění rozhovoru o konci života. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-60-7.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 26. 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 11. 4. 2022

.....
Marek Štec

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 nevýdělečně 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 nahlázení 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, o pisy 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, užitje -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 vzdělávacího 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). Odpírá-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 jim 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 výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je problematika paliativní a hospicové péče poskytované lidem v terminálním stádiu života. Cílem práce je shrnout aktuální dostupné poznatky o současných možnostech důstojného umírání, ve kterém má pracovník sociálních služeb svou specifickou roli. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část přináší poznatky o stárnutí, stáří, umírání a smrti, o rozdílech mezi domácím a institucionálním modelem umírání. Mapuje také současné uspořádání podpory a pomoci umírajícím jako jsou podpůrné sociální a zdravotní služby při domácí péči, systém paliativní nebo hospicové péče a úlohu pracovníka sociální péče v tomto systému. Praktická část poté přináší hloubkový rozhovor s pracovníkem sociálních služeb v systému hospicové péče a odpovídá tak na otázky týkající se jeho role v procesu umírání a smrti.

Klíčová slova: paliativní péče, hospicová péče, pracovník v sociálních službách, umírání.

ABSTRACT

The topic of this bachelor thesis is issue of palliative and hospice care provided to people in the terminal stage of their life. The aim of this work is to summarize the current available knowledge on the current possibilities of dying with dignity, in which a social worker is to play his specific role. The bachelor thesis is divided into two parts. The theoretical part brings knowledge about aging, old age, dying and death, about differences between home and institutional model of dying. It also maps the current organization of support and assistance to the dying, such as supportive social and health services in home care, the palliative or hospice care system and role of a social care worker in this system. The practical part brings then an in-depth interview with a social worker in the hospice care system and in this way, it answers questions about his role in during the process of dying and death.

Keywords: palliative care, hospice care, social worker, dying.

Své poděkování věnuji vedoucí mé bakalářské práce, PhDr. Zuzaně Hrnčířkové, Ph.D., za trpělivost a cenné rady.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	12
2 UMÍRÁNÍ A SMRT	14
2.1 UMÍRÁNÍ A SMRT JAKO PROCES	14
2.1.1 Domácí model umírání.....	16
2.1.2 Institucionální model umírání	17
2.2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH	17
3 SOUČASNÉ USPOŘÁDÁNÍ PODPORY A POMOCI UMÍRAJÍCÍM	19
3.1 STATISTICKÁ VÝCHODISKA	19
3.2 LEGISLATIVNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE	19
3.3 PODPŮRNÉ SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PŘI DOMÁCÍ PÉČI.....	20
3.4 PALIATIVNÍ PÉČE	20
3.5 HOSPICOVÁ PÉČE.....	23
3.5.1 Typy hospicové péče.....	24
4 ÚLOHA PRACOVNÍKA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V PROCESU PALIATIVNÍ PÉČE	27
4.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	27
4.2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V PALIATIVNÍ PÉČI.....	28
4.3 PRACOVNÍK SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A JEHO ROLE.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	31
5.2 VÝZKUMNÉ CÍLE	31
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
5.4 VÝZKUMNÁ STRATEGIE	31
5.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR A TECHNIKA SBĚRU DAT	33
6 ANALÝZA DAT	34
7 INTERPRETACE DAT	38
8 DISKUSE	42
ZÁVĚR	46
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48

ÚVOD

Smrt je přirozenou součástí života, stejně jako narození. Důvodem, proč se o smrti hovoří méně, místy s jakýmsi despektem nebo tendencemi toto téma bagatelizovat je nejspíš ten, že smrtí končí život člověka a bez ohledu na to, zda a nakolik jsme ho měli nebo neměli rádi, co jsme s ním prožili nebo neprožili, nás ovlivňuje fakt, že smrt znamená nezvratný konec – už nikdy nebude příležitost daného člověka potkat, na cokoli se ho zeptat apod. V životě člověka se smrt a její částečné pochopení objevuje už v útlém věku. Ačkoli se představy a fakta o smrti v průběhu života člověka formují, nabývá reálnějších podob, je nepochybně důležité o otázkách smrti (stejně jako o jiných věcech patřících k životu) mluvit.

Cílem bakalářské práce bylo shrnout dostupné informace a poznatky o současných možnostech důstojného umírání dle přání umírajícího, ale také přinést pohled pracovníka sociálních služeb, který může toto přání pomoci realizovat.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Cílem teoretické části je shrnout dostupné informace a poznatky odborné literatury, ale také některých poznatků zařízení paliativní a hospicové péče. Jednotlivé kapitoly teoretické části se věnují problematice stárnutí a stáří, ale také umírání a smrti. Neopomíná také potřeby umírajících a zmiňuje modely umírání doma a v institucích. Současné uspořádání podpory a pomoci umírajícím jsou další kapitolou, která obsahuje základní statistická východiska k dané problematice. Popisuje také legislativní aspekty paliativní péče a podpůrné sociální a zdravotní služby při domácí péči. Definiuje také pojmy paliativní a hospicové péče. Stěžejní kapitolou je úloha pracovníka sociálních služeb v procesu umírání, ale také jeho úloha a role v multidisciplinárním týmu. Na toto navazuje část praktická, jejímž cílem je zmapovat specifika práce pracovníka v sociálních službách, včetně nejčastějších obtíží, se kterými se ve své profesi může setkat. Dílčím cílem je pak problematika umírání a smrti právě z pohledu pracovníka v sociálních službách, kdy je formou rozhovoru provedeno kvalitativní výzkumné šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Období stáří je jasným způsobem popsáno a definováno v mnoha publikacích věnujících se vývojové psychologii nebo geriatrii. Vzhledem k tématu a zaměření se tato práce bude ubírat trochu jiným směrem - vynechá faktické rozdělení věkových údobí a definice vývojové psychologie a bude se namísto toho věnovat popisu změn, které ve stáří můžeme pozorovat. Některé aspekty stáří se nám (v mladším věku) mohou zdát přinejmenším nepochopitelné, ačkoli v závěru života mohou sehrát zásadní roli v péči o umírajícího.

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí“ (Gróf, 2017, s. 112).

Podle Kalvacha (2004) je stárnutí proces, který je možné v širším pojetí vnímat jako univerzální proces postihující živou hmotu, tedy jako plynule probíhající biologický děj, který začíná početím a končí smrtí. Výsledkem procesu stárnutí je stáří a stáří je přirozeným obdobím života člověka končící smrtí (Haškovcová, 2010; Rejzek, 2012).

Na stáří může být nahlíženo z různých perspektiv a ty hlavní shrnuje Křivohlavý (2011) do čtyř základních pohledů na stárnutí:

1. **kalendářní (chronologický) věk**, kdy se u kalendářního věku odkazuje na fyzický věk dané konkrétní osoby a jde o záležitost čísel, přičemž není brána do úvahy jakákoliv jiná stránka stárnutí, čímž je výrazně snižována objektivnost této metody určování stáří,
2. **biologický (funkční) věk**, který vypovídá o tom, jaká je fyzická kondice daného jedince a spadá sem jak fyzická aktivita a výkonnost, tak i nemoci nebo zranění, jakož i tzv. křehkost,
3. **sociální (sociálně-historický) věk**, kdy v tomto případě je v podstatě člověk za starého označen tehdy, když je považován za starého společností a kulturou, jež jej obklopuje,
4. **psychologický věk**, který vyplývá z vnitřního pocitu každého jedince - existují jedinci, kteří se cítí být staří ve věku, v němž si jiní lidé ještě přijdou mladí a naproti tomu se někteří lidé necítí staří ani ve věku velmi pokročilém. Jde tedy o velmi individuální náhled na stáří, který je dán názorem a pocitem jedince.

Na základě výše uvedeného by tedy bylo možné shrnout, že stárnutí je procesem, kdežto stáří stavem a výsledkem stárnutí je pak určitý stupeň stáří. Stárnutí i stáří jsou determinovány zejména biologicky, poněvadž stárnou všichni lidé, ačkoli na způsob stárnutí a podobu stáří působí psychosociální kontext (Kalvach, 2004).

Podobně jako v období dětství a dospívání, i v období stáří se dějí významné změny a lze je pozorovat ve třech rovinách:

Biologická, kdy jsou charakteristickými projevy svrašťování a vysušování kůže, šedivění a úbytek vlasů a chlupů, citlivost uší vůči určitým tónům, slábnutí zraku, obtížnější adaptace na světlo a tmu, ochabování svalstva a úbytek kostní hmoty, rychlejší únava dýchací soustavy, produkce hormonů a přeměna imunitního systému, změny v trávicím traktu, degenerativní změny kloubů, změny termoregulace a také změny v sexuální aktivitě (Venglářová, 2007).

Psychická, která zahrnuje změny v oblasti kognitivních procesů, jako je pomalejší reagování a delší doba pro zpracování informací a rozhodování, vyšší unavitelnost, zhoršení orientačních schopností, narušení komunikačních dovedností vzhledem k oslabeným zrakovým a sluchovým schopnostem, úbytek paměťových schopností, upadá vrozená schopnost učit se a nalézat efektivní řešení problémů, preference rutiny a stereotypů, patrné jsou také změny v emočním prožívání a reaktivitě, častá je vyšší emoční labilita i změny vůle, mohou nastat změny v osobnosti, kdy se často profilují a prohlubují některé osobnostní rysy, mění se žebříček hodnot. Časté je bilancování, hodnocení a přehodnocování, horší přizpůsobení se změnám (Kalvach, 2004).

Sociální, kdy daný člověk odchází z profesní dráhy do důchodu, což ovlivňuje všechny sféry jeho života, například zpřetrhání sociálních vazeb, úzkosti a deprese, pocit neužitečnosti, změnu ekonomického zajištění, ale také ztrátu přátel nebo životního partnera vlivem úmrtí. Zásadním aspektem je nepochybně také nové bydlení a institucionalizace péče, ať už z důvodu nedostatečné soběstačnosti praktické nebo ekonomické a s tím spojené pocity samoty, odloučení od svého původního známého prostředí (Pichaud, Thareau, 1998).

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Téma umírání a smrti většinou vzbudí přinejmenším smíšené pocity, ale ať chceme nebo ne, má v našich životech své místo a jednoho dne se, ať chceme nebo ne, ohlásí a seznámíme se. Kapitola má za úkol vymezit umírání a smrt, potřeby umírajících.

2.1 Umírání a smrt jako proces

Umírání je velmi individuální záležitost – stejně jako osobnost každého člověka se bude proces umírání lišit. Umírající člověk by ale nikdy neměl být sám a celý proces umírání by měl probíhat se vši důstojností a vážností, jakou si zasluhuje každá lidská bytost. Pokud je ta možnost, měl by umírající člověk strávit konec života doma, ve svém prostředí, se svými blízkými (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007). Haškovcová (2012, str. 167) definuje umírání jako: „proces, ve kterém dochází k postupnému a nezvratnému selhávání životních funkcí člověka“. Student a kol. (2006, str. 25) pak říká, že: „Umírání je v každém případě výsostně osobní a – na co se dlouho zapomínalo – sociální proces, vyžadující prostor, čas a citlivé zacházení“. Umírání je procesem, který, jak uvádí Kupka (2014, str. 102), probíhá několika fázemi:

1. fáze: „pre finem“:

Jedná se o období, které započne sdělením nebo vlastním uvědoměním, že onemocnění je nevyléčitelné - smrtelné. Z lékařského pohledu se jedná o fázi nevratně progredujícího onemocnění, která může trvat několik týdnů až měsíců v závislosti na závažnosti onemocnění. Maximální prodloužení života přestává být primárním cílem, proto by neměla být indikována opatření, která bezprostředně nepřispívají k udržení nebo zlepšení kvality života, které je v této fázi prioritou. I když nelze odvrátit blížící se konec, je důležité zajistit, aby u umírajícího nenastala dříve smrt sociální a psychická, před tou fyzickou. Jedná se o psychicky velmi náročné období, kdy se umírající i jeho blízcí smířují s tím, že se blíží závěr jeho života.

Dle Kübler-Ross (2015), prochází člověk, který umírá, těmito fázemi:

- **popírání**, kdy člověk popírá skutečnosti a závažnost svého onemocnění, vyhledává důkazy a důvody, proč tomu tak není, narůstá jeho nedůvěra, hledá jiné lékaře, nechává se opakovaně vyšetřit atd., zároveň je fáze popírání běžná zdravá reakce na zprávu o vlastní konečnosti, útek před skutečností dopřává člověku čas,

- aby se s hrozivou skutečností mohl smířit a zmobilizovat jiné obranné strategie, zároveň odkládá všechny případné náležitosti, nemá důvod nic organizovat,
- **hněvu/agrese**, kdy otázka „proč zrovna já“ napadne téměř každého, kdo je smrtelně nemocen. Není výjimkou, že umírající svaluje vinu na ostatní, je nevrlý, nešťastný, ztrácí vládu nad svým životem – a pro okolí je toto období obzvláště náročné a hůře přijímané,
 - **smlouvání** je v podstatě stejným manévrem jaký užívají děti v komunikaci se svými rodiči, smlouvají o svůj konec bez bolesti, utrpení, smlouvají o pár hodin nebo dní navíc a většinu smluv nejčastěji uzavírají s Bohem,
 - **deprese** vznikají z postupných ztrát v životě umírajícího – zdraví, práce, umírající se cítí zbyteční, nepotřební, že jsou kamenem u nohy, protože představují i zatížení finanční,
 - **smíření**, které přichází, pokud měl umírající možnost projít si s podporou blízkých všemi předchozími stádii, je schopen mluvit o svém životě i stavu, o svých pocitech, je vyrovnaný a poklidně očekává okamžik smrti. Netruchlí nad ztrátami, mnohdy vyrovnává dluhy ve svém životě – v tomto období je nejvyšší potřeba podpory.

Těmito fázemi nicméně neprochází pouze umírající, ale také pečující osoba. Ačkoli jsou jednotlivé psychické stavy řazeny za sebou dle toho, jak obvykle následují, může se jejich pořadí střídat, některou fází si nemocný či pečující projde víckrát, některou vůbec.

2. fáze: „in finem“

Tato fáze, nazývaná také jako terminální fáze, většinou netrvá déle než několik dní či týdnů. Nemocný se začíná uzavírat do sebe, přestává mít zájem o okolní dění (nevyhledává návštěvy, nesleduje běžné dění), preferuje klid a mnohem méně mluví. Čas, kdy je vzhůru často věnuje přemýšlení a úvahám o svém životě, o tom, co bude následovat. Postupně přestává mít chuť k jídlu, začíná být zmatený a občas neklidný (Poslední dny a týdny, 2021). Z lékařského hlediska je v této fázi cílem snížení dyskomfortu a neprodlužování procesu umírání. Zatím nevysvětleným stavem, který se v této fázi občas objevuje, je tzv. předsmrtná euforie - umírající jakoby znovu nabral síly, začíná opět hovořit, zajímat se o své okolí, má touhu se najíst. Podle odborníků se tato euforie objevuje zpravidla jen několik dní před smrtí a bývá střídána smrtelným koma. Umírající často nereaguje na podněty, ale může stále slyšet a určitým způsobem vnímat, co se kolem něj

děje, proto bychom měli vždy hovořit pouze tak, jako by byl umírající při vědomí (Kupka, 2014).

3. fáze: „post finem“

Tato fáze zahrnuje vše, co následuje po smrti. Dříve se tím myslelo především zajištění péče o mrtvé tělo. Dnes již víme, že stejně důležité je i poskytnutí péče pozůstalým, pro které je odchod jejich blízkého jednou z nejtěžších chvil jejich života (Kupka, 2014).

Chrastina, Špatenková a kol. (2018, str. 91), že: „Představu o důstojném a láskyplném závěru života obvykle naplňuje idea umírání doma, resp. v domácím prostředí.“. V závěru života si pomoc navzájem poskytují zejména životní partneři, případně pak dospělé děti nebo sourozenci. Podmínkou ovšem je, že se o člověka v závěru života někdo chce, umí a může postarat. Pokud to možné není, přichází na řadu institucionální péče, kde se ocitají lidé se sníženou sebeobsluhou vyžadující pravidelnou pomoc jiné osoby. Může se jednat o zařízení, jako jsou paliativní jednotky (resp. oddělení), geriatrická oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných, jednotky ošetrovatelské péče, odborné léčebné ústavy, gerontopsychiatrická oddělení apod.

Následkem umírání je smrt. Velemínský (2012, str. 41) ji definuje jako: „stav charakterizovaný nevratnou a úplnou ztrátou všech mozkových funkcí, zástavou spontánního dýchání, nereagujícími zornicemi, chybějící reakcí na nociceptivní podněty a absencí kmenových reflexů (chybí všechny reflexy nad prvním krčním obratlem)“. A také stanovuje kritérium mozkové smrti, kdy: „pacient nereaguje ani na ostrou bolest, nemá žádné spontánní pohyby a spontánní dýchání. Nelze vybavit rohovkový reflex, má stále rozšířené zornice a nejsou patrné pohyby očí. Nelze zachytit aktivity na elektroencefalogramu (EEG)“.

2.1.1 Domácí model umírání

Největší předností umírání v domácím prostředí je podpora blízkých rodinných příbuzných, kdy i v minulosti měl každý člen svou úlohu v péči o umírajícího, děti nevyjímaje. Významnou úlohu zastával a mnohdy dnes ještě zastává kněz, který se stará o duchovní oporu. Nevýhodou této formy umírání je, zejména s ohledem na minulost, fakt, že lidé doma umírali bez jakékoli odborné pomoci a často tedy ve velkých bolestech. V současné době se význam zapojení rodiny do péče o umírajícího opět zvyšuje, ovšem zase v jejich neprospěch hrají faktory, jako jsou nevyhovující bytové podmínky,

nedostatek speciálních pomůcek a vybavení, nemožnost dlouhodobě čerpat neplacené volno, případně i neochota, vyčerpání a selhání rodiny (Mišinová, 2016).

2.1.2 Institucionální model umírání

Smrt z lékařského hlediska a pohledu nemocnice bývá většinou vnímána jako problém, který zasluhuje razantní přístup a řešení, tudíž se do poslední chvíle personál snaží o záchranu života. Velmi častým jevem je zájem o dané onemocnění, než o umírajícího člověka a tak se stává, že do poslední chvíle pacient podléhá režimu zařízení bez ohledu na jeho potřeby. Navzdory vysokému standardu poskytované péče je význam sociálního a duchovního aspektu podceňován (Mišinová, 2016).

2.2 Potřeby umírajících

Každý člověk, v každém věku má své určité potřeby a je zapotřebí si uvědomit, že totéž platí i o člověku na sklonku svého života – možná jich má o to více, když ví, že mu už moc času nezbyvá. Dělení potřeb můžeme rozdělit na následující:

Biologické potřeby, tedy potřeby, které žádá tělo – jedná se často o úlevu od bolestí, pomoc s dýcháním, vyprazdňováním apod. Mnoho z nich bylo dříve nemyslitelné naplnit a uspokojit mimo zdravotnické zařízení, dnes je ale zdravotnická péče schopná zajistit mnohé i v domácím prostředí, jen je dobré tyto možnosti znát. **Psychologické potřeby**, vztahující se zejména k prožitkům, které umírající zažívá z důvodu blížící se smrti, jako jsou úzkosti, obavy, strach o jeho nejbližší. Tyto pocity nemusí být pouze akceptovanou realitou, ale dost možná i návykem, jak umírajícímu pomoci – pokud víme, z čeho tyto pocity pramení, můžeme společně najít cestu, jak obavy zmírnit nebo úplně odstranit. Pro někoho to může být rozhovor s duchovním, pro jiného pomoc při zajištění vyřízení formálních záležitostí jako je například sepsání poslední vůle, dříve vyslovené přání apod. **Sociální potřeby** mohou zahrnovat například jednu z nejčastějších obav a to strach z osamělosti, kdy umírající cítí potřebu nebýt v této životní fázi sám. Důležité je ale brát ohled na individualitu daného člověka a tomu přizpůsobit míru sociálních kontaktů, **Duchovní potřeby** bývají často popisovány jako potřeby spirituální a nevztahují se pouze na setkání s knězem nebo návštěvu bohoslužby, mohou souviset s potřebou nalézt podstatu života (Kübler-Ross, 2015).

Volandes (2015, str. 148) uvádí vcelku zásadní myšlenku, a to že: „To nejdůležitější, co můžete svým blízkým vyjádřit, je vaše ochota vést s nimi rozhovor. Vytvořte takovou

atmosféru důvěry, aby se mohli otevřít a podělit se s vámi o své naděje, obavy a přání na svou cestu životem.“. Definuje přitom také rámec otázek, které vedou k odpovědím, které si potřebuje ujasnit umírající a které zároveň mohou pomoci rodině zařídit vše tak, jak by si umírající přál.

Rozhovor s umírajícím vedoucí k zásadním otázkám, které si umírající zodpovídá a ke kterým se může průběžně vracet:

1. Co je pro mě v životě nejdůležitější, co mi dělá radost?
2. Co mi nahání strach, obavy, pokud onemocním nebo budu potřebovat zdravotní pomoc?
3. Existují nějaké zákroky, které by pro mě v případě velmi špatného zdravotního stavu byly za hranicí únosnosti?
4. Mám nějaké osobní přesvědčení, které ovlivňuje moje rozhodování o zdravotní péči?

Rozhovor s rodinou začíná následujícími otázkami:

1. Co Ti dělá každý den radost?
2. Co tě motivuje ráno vstát z postele?
3. Na co se těšíš?

Tyto otázky pak vedou k obtížnějším tématům:

1. Co by pro Tebe bylo důležité, kdybys měl před sebou jen omezenou část života?
2. Pokud budeš na konci života potřebovat zdravotní péči, máš o ní nějaké představy? Máš nějaká přání, o kterých bychom měli vědět?
3. Budeš-li vážně nemocný a budeš potřebovat lékařskou pomoc, čeho se nejvíc obáváš?
4. Jsou nějaké příznaky (například silná nevolnost nebo bolest), které jsou sice obtížné, ale přesto jsi ochoten je snášet? A existují nějaké příznaky, při kterých už by pro tebe život neměl cenu?

3 SOUČASNÉ USPOŘÁDÁNÍ PODPORY A POMOCI UMÍRAJÍCÍM

Podpora a pomoc umírajícím, ale také jejich blízkým a rodinám je nepochybně stěžejním faktorem péče jako takové. Tato kapitola shrnuje základní statistiky a fakta o tom, jak vlastně lidé vnímají tuto problematiku, jakým způsobem je možné jim poskytnout pomoc, ale také jaké formy pomoci v současné době existují – tedy paliativní a hospicová péče.

3.1 Statistická východiska

Z dostupné zdravotnické statistiky posledních let je patrné, že se místa, kde lidé umírají, víceméně příliš nemění – v nemocničních zařízeních umírá asi 60 % populace a doma asi 20 %. Také se ukazuje, že v systému péče o umírající chybí služby, které by jim poskytovaly náležitou a důstojnou péči (Tomeš a kol., 2015). Ze statistiky (Postoje zdravotníků a veřejnosti k umírání a smrti, 2015) 70 % pacientů přemýšlelo nad tím, jak by si představovali péči v závěru svého života, ovšem 64 % o svých přáních s nikým ze svých blízkých (nebo praktickým lékařem) nikdy nemluvalo. 69 % lidí je přitom ochotno spolehnout se na svého opatrovníka v případě, že o sobě nebudou schopni sami rozhodovat. Otázkou také zůstává, nakolik blízcí a příbuzní vlastně vzájemně znají svá skutečná přání.

3.2 Legislativní aspekty paliativní péče

Stěžejní částí péče o umírajícího je znát základní práva (případně i povinnosti) a to i osob pečujících. Současnou podobu pomoci a podpory umírajícím, ale také jejich rodinám upravuje celá řada legislativních dokumentů a kodexů, například nezadatelná lidská práva vyhlášená OSN a WHO, ale také Etický kodex práv pacientů ČR, zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, a v neposlední řadě také zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách nejen ve zdravotnických zařízeních, v platném znění (Tomeš a kol., 2015). Pokud člověk zná svá práva nebo práva svého blízkého, může mu to v procesu péče velmi pomoci, může tak například vědět, že u osob v terminálním stádiu neplatí zákazy návštěv, může se zapojit do péče o umírajícího a zastat práci přetíženého personálu například krmením apod.

Z právního hlediska existují možnosti, které zajišťují zastupování zájmů plnoletého člověka, jehož právní způsobilost je z důvodu tělesného, duševního (popř. mentálního) postižení snížena. V takovém případě bývá zajištěn zákonný opatrovník, ať už příbuzný,

dobrovolník nebo sociální pracovník, který zajistí, že vůle umírajícího bude respektována a dodržena, může jednat v zájmu jeho domnělé vůle a také, byť v omezené míře, rozhodovat o dalším postupu (Student a kol., 2006).

3.3 Podpůrné sociální a zdravotní služby při domácí péči

Není pravdou, že pečující osoby musí zvládnout vše samy, v ČR existuje množství služeb, které mohou pomoci s péčí a podporou. Patří sem například:

- **agentury domácí péče** – tzv. home care – kdy tyto agentury poskytují zdravotnické služby doma a jsou předepisované praktickým lékařem a plně hrazeny ze zdravotního pojištění,
- **pečovatelské služby**, kdy se tyto služby se zaměřují na zajištění péče, která není zdravotnického charakteru, jedná se tedy o terénní službu, která se poskytuje ve vymezeném a předem dohodnutém čase a jde převážně o pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně,
- **odlehčovací služby**, kdy tyto služby pomáhají pečujícím tím, že za ně na předem domluvenou dobu převzou starost o blízkého člověka,
- **asistenční služby**, kdy se jedná o další typ terénní služby, která zajišťuje péči v přirozeném prostředí bez časového omezení,
- **mobilní hospic**, který poskytuje podporu umírajícímu i jeho rodině a zajišťuje dále zdravotní péči 24 hodin denně 7 dní v týdnu v domácím prostředí nemocného (Pochmanová, 2021).

3.4 Paliativní péče

Paliativní péči vymezuje Bužgová (2012, str. 7) jako: „ucelený systém pomoci umírajícímu a jeho rodině. Respektuje umírání jako přirozenou a konečnou fázi lidského života a smrt jako danost, kterou je potřeba přijmout, a nikoliv pokládat za nepřítele.“. Bužgová (2012) dále doplňuje definici WHO, která říká, že paliativní péče klade důraz na prevenci utrpení a zároveň čelí problémům spojenými s život ohrožující nemocí, tím, že zmírňuje utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších obtíží. Mezi principy a cíle paliativní péče pak mimo výše uvedené patří i podpora rodiny a doprovázení pozůstalých v době zármutku.

Paliativní péče je dle Slámy a kol. (2007) aktivní formou péče poskytovaná člověku s vážným a nevléčitelným onemocněním v pokročilém nebo konečném stádiu,

kdy je cílem nejen zmírnit fyziologické projevy jako je bolest, ale také udržet co nejvyšší kvalitu života po všech stránkách. Paliativní péče respektuje veškerá přání a důstojnost daného člověka a usiluje zejména o to, aby mohl prožít poslední chvíle svého života v klidném a důstojném prostředí se svými blízkými.

Hatoková (2013, s. 43) definuje paliativní medicínu jako: „poskytování symptomatické a podporované léčby symptomů nevléčitelně nemocných po dobu celého průběhu nemoci, nejen v terminální fázi. Týká se především pacientů se zhoubným nádorovým onemocněním, ale i pacientů s neoncologickým onemocněním. Tato léčba by měla být poskytnuta multidisciplinárním týmem, na kterém spolupracuje lékař, zdravotní sestra, rehabilitační pracovník, dietní sestra, psycholog a samozřejmě pacient.“. Adam a kol. (2004) ještě uvádí další pracovníky, jako je sociální pracovník, psychiatr, duchovní, také členové rodiny, přátelé a dobrovolníci. Týmový přístup, který reaguje na aktuální zdravotní stav umírajícího, zlepšuje kvalitu jeho života v podobě pozitivního ovlivňování průběhu onemocnění současně s jinými způsoby léčení (O'Connor, Aranda, 2005).

Dle Bužgové a Kozákové (2020, str. 17): „Principy paliativní péče mohou být dle současného pojetí aplikovány již v brzké fázi nemoci a mohou probíhat společně s kurativní léčbou. Zajištění tzv. brzké paliativní péče je novým paradigmatickým v paliativní péči z důvodu existujících důkazů potvrzujících lepší výsledky péče.“. Paliativní péče pak dle Mezinárodní asociace hospicové a paliativní péče (Bužgová, Kozáková, 2020, str. 18) vychází z těchto principů:

- zahrnuje prevenci, včasnou identifikaci, komplexní hodnocení a management fyzických problémů, včetně bolesti a jiných nepříjemných symptomů, psychického stresu, spirituálního stresu a sociálních potřeb,
- poskytuje podporu, která pomáhá umírajícím žít plný život až do smrti, usnadňuje účinnou komunikaci a pomáhá i rodinným příslušníkům s určením cíle péče,
- může být poskytována po celou dobu nemoci dle potřeb umírajícího,
- je sportována společně s léčbou onemocnění, opět dle potřeb,
- může pozitivně ovlivnit průběh nemoci,
- neurychluje a ani neoddaluje smrt, potvrzuje život a pohlíží na umírání jako na přirozený proces,
- poskytuje podporu rodině a pečujícím v průběhu nemoci umírajícího, ale i v období truchlení,

- je poskytována na základně rozpoznání a respektování kulturních hodnot a přesvědčení umírajícího a jeho rodiny,
- je aplikovatelná ve všech typech zdravotnických zařízení a na všech úrovních (primární až terciární),
- měla by být prováděna odborníky, kteří se v oblasti paliativní péče vzdělávají, zahrnuje specializovanou péči prováděnou multidisciplinárním týmem, který komplexně řeší případ umírajícího.

Průběh a zahájení paliativní péče závisí dle Bužgové a Kozákové (2020) od stanovené diagnózy, průběhu a progresi nemoci, věku a sociální situaci daného člověka. Vzhledem k tomu, že není vždy možné spolehlivě odhadnout, jak rychlý progres onemocnění bude, je důležité včas identifikovat kritéria pro zahájení paliativní péče, kdy nejčastěji uváděné ukazatele mohou zahrnovat následující:

- léčba není dostatečně efektivní, „nezabírá“,
- dochází k velké progresi onemocnění, přestože není jasná prognóza úmrtí,
- zhoršují se fyzické příznaky nemoci,
- je patrný výrazný pokles funkčního stavu,
- dechové a polykací obtíže,
- snížení soběstačnosti vedoucí k plné ošetrovatelské závislosti,
- opakující se infekce,
- kognitivní poruchy,
- úbytek hmotnosti.

3.4.1 Dělení paliativní péče

Bužgová (2012) uvádí, že dle komplexnosti lze paliativní péči dělit na obecnou a specializovanou, kdy zahraniční studie ukazují, že specializovanou formu paliativní péče potřebuje minimálně 10-20 % nemocných. Obecnou paliativní péči poskytují v rámci své odbornosti a klinické praxe jednotliví zdravotníci.

Specializovaná paliativní péče pak může mít různé organizační formy:

1. **zařízení domácí paliativní péče**, tedy domácí nebo mobilní hospic, které poskytuje specializovanou péči v domácím prostředí formou návštěv specialistů – lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelů, dobrovolníků apod., tato forma péče garantuje svou dostupnost 24 hodin denně 7 dní v týdnu a důležitou součástí je i podpora rodiny umírajícího,

2. **hospic** jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči osobám v preterminální a terminální fázi nevyléčitelného onemocnění, kdy obvyklá doba pobytu je 3-4 týdny a důraz je kladen na individuální potřeby daného člověka, jeho potřeby a přání a také na vytvoření prostředí, kde by umírající mohl zůstat až do konce života v intenzivním kontaktu se svými blízkými,
3. **oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení** jako jsou nemocnice, léčebny, které pečují o nemocné potřebující komplexní paliativní péči a současně i diagnostiku, léčbu, ostatní služby a komplement nemocnice, oddělení paliativní péče usiluje o realizaci hospicového ideálu v rámci možností daného zařízení,
4. **konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení** – tato forma zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti péče v lůžkových zařízeních různého typu, pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen a které je pro něj známé, tato forma péče přispívá především k edukaci personálů na ostatních odděleních,
5. **specializovaná ambulance paliativní péče** zajišťuje denní péči nemocným, kteří žijí doma, na jeden nebo více dní v týdnu, pomáhá tak řešit zdravotní problémy a současně nabízí edukační, relaxační a rekreační aktivity dle potřeb pacienta, zároveň ale také umožňuje odpočinek hlavním pečujícím osobám, což usnadňuje další pobyt doma a předchází případně hospitalizaci,
6. **zvláštní zařízení specializované paliativní péče**, tedy specializované poradny, tísňové linky, zařízení určená pro konkrétní diagnostické skupiny atd.

3.5 Hospicová péče

Českou legislativou je hospic vymezen pouze zákonem 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, kdy se v § 44 a) píše: „Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.“.

„Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče

je určena většinou pro pacienty s onkologickým onemocněním, přijímáni jsou ale i pacienti s jinými druhy nevléčitelných onemocnění, většinou v terminálním stadiu onemocnění. Hospicová péče se poskytuje jak v lůžkových hospicových zařízeních, tak i doma ve spolupráci s rodinou nemocného. Zásadním rozdílem mezi péčí poskytovanou v lůžkových nemocničních zařízeních (oddělení akutní péče, následné péče – léčebny dlouhodobě nemocných) a hospicovou péčí je ten, že hospicová péče se nesnaží o vyléčení nevléčitelných nemocí, ale o to, aby závěrečná část života těžce nemocného pacienta byla maximálně kvalitní, aby netrpěl bolestí, aby nebyl ničím a nikým omezován ve svých aktivitách po celých 24 hodin, aby mu byla poskytnuta kvalitní péče jak fyzická (hygiena, odstranění bolesti), tak psychická, včetně péče duchovní (má-li pacient zájem, duchovní péče není nikomu vnucována). Součástí komplexní hospicové péče je paliativní medicína, která se zabývá odstraňováním, tlumením jakýchkoli bolestí pacienta.“. V hospicových zařízeních je také neomezený přístup návštěv nejbližších osob a to 24 hodin, je umožněno ubytování blízkých přímo na pokoji pacienta a tím, že je většina pokojů jednolůžkových, je zajištěno i maximální soukromí. Tým hospice pečuje nejen o samotného umírajícího, ale také o jeho příbuzné, kteří jsou často vystaveni velké psychické a fyzické zátěži (Co je hospicová péče, 2021).

Přijetí do hospicové péče je dáno určitými kritérii, v ČR je to pokročilá fáze onemocnění, vyčerpání všech možností léčby a předpoklad úmrtí člověka do 6 měsíců (Bužgová, Kozáková, 2020).

3.5.1 Typy hospicové péče

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2016) rozlišuje tři typy hospicové péče:

- **lůžkový hospic,**
- **mobilní (nebo také domácí) hospic,**
- **denní hospicový stacionář.**

Lůžkové hospice se vyznačují specializovanou péčí o pacienta s nevléčitelným onemocněním, ale také o jeho blízké. Snaží se vytvářet prostředí, ve kterém bude pacientovi příjemně, kde bude jeho kvalita života v co nejvyšší míře zachována a kde zároveň může nadále udržovat a rozvíjet vztahy se svými blízkými. Pro mobilní hospice je charakteristická domácí atmosféra, maximální soukromí pacientů a volný režim návštěv či dobrá dopravní dostupnost hospice (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016). Kupka (2014) uvádí, že mobilní hospic také disponuje pomůckami,

kteřé v ostatních zdravotnických zařízeních nejsou běžnou součástí výbavy. Svatošová (In Kupka, 2014, str. 34) uvádí 4 kritéria, dle kterých se rozhoduje o přijetí nebo nepřijetí pacienta k využívání služeb hospice: „postupující nemoc pacienta ohrožuje na životě, je nutná paliativní léčba a péče, pacient nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu onemocnění, domácí péče nestačí, nebo není možná.“

Mobilní (domácí) hospic poskytuje péči v přirozeném prostředí pacienta, pacient tedy může zůstat doma a pracovníci mobilního hospice dochází do jeho běžného (domácího) prostředí. Rodina a blízcí pacienta se na péči o něj velkou měrou podílejí. (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016) Cílem této formy péče je, aby mohl nemocný strávit poslední chvíle života v rodinném, známém prostředí a mohl být obklopen svými blízkými. Podle mnohých je toto nejideálnějším způsobem poskytování hospicové paliativní péče. Existují ovšem i případy, kdy tato péče není vhodná, nebo není z různých důvodů možná (Kupka, 2014).

Denní hospicový stacionář je zařízením, do kterého dochází pacient formou denních návštěv a nabízí komplexní edukační a rekreační aktivity dle potřeb pacientů. V České republice není příliš rozšířený (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016). Svatošová (2011) říká, že lidé volí tuto formu péče z různých důvodů, například pro zvládnutí bolesti, poskytnutím širšího sociálního zázemí (Svatošová, 2011). Může pomoci při zvládnutí bolesti, možnosti poskytnout psychickou podporu nebo snaha odlehčit svým blízkým.

3.5.2 Finanční náročnost služeb hospicových zařízení

Rodinný rozpočet je faktorem, který řeší většina českých domácností a bohužel, hospicová péče není vždy hrazena zdravotními pojišťovány. Pečující osoba má nárok na příspěvky na péči, stanovených dle různých kritérií. Ceny za služby mobilní hospicové péče se obvykle pohybují mezi 200-250,- za den, což při 30 dnech péče činí nejméně 6.000,- měsíčně, kdy je nutné zajistit zdravotnické vybavení (polohovací postel například) a rehabilitační a speciální pomůcky, které obvykle zajišťuje/zapůjčí hospic nebo jiné neziskové organizace. Potřebné jsou nepochybně také léky, přebalovací pomůcky a pleny, rehabilitační pomůcky, často speciální strava atd. – a samozřejmě i čas. Rodina se tedy často ocitá v této situaci s jedním příjmem a příspěvky na péči. Nutno říci, že u některých domácích hospiců a některých jejich služeb hradí péči zdravotní pojišťovna. Jiná kategorie jsou potom pobytová hospicová zařízení, kdy se částka pohybuje okolo 500,-/den

+ je zpoplatněna přítomnost druhé, doprovázející osoby, často příbuzného, částkou 350,- /den. V ceně není většinou započítáno jídlo příbuzného, od 130,- za den (Ceník hospicových zařízení, 2022).

4 ÚLOHA PRACOVNÍKA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V PROCESU PALIATIVNÍ PÉČE

Péče o nemocného nebo umírajícího člověka je dlouhodobá a náročná a čím blíže je umírající blíže svému konci, tím více je od pečující osoby vyžadováno. Člověk pečující o umírajícího je každý den vystaven mnoha zátěžovým situacím a je zapotřebí, aby byl tím správným člověkem na správném místě. Tato kapitola pojednává nejen o úloze pracovníka sociálních služeb v procesu paliativní péče, ale také o náplni jeho práce, funkci v multidisciplinárním týmu a v neposlední řadě také o jeho úloze být nablízku umírajícímu a jeho rodině a pečovat o ně.

4.1 Sociální práce

Předmětem sociální práce je člověk, který je ohrožený životní událostí. Samostatná činnost sociální práce slouží ke sledování a hodnocení různých metod a postupů sociální pomoci a to jednotlivě u všech případů – to je velmi důležité u hledání nejvhodnějších alternativ pro řešení situací s odlišnou osobní historií. Jedním z nejdůležitějších kritérií sociální práce je stanovení hranic možností, kdy je tímto způsobem možné zapojit daného člověka do aktivního řešení jeho vlastního případu, aniž by se tím zhoršoval jeho fyzický nebo psychický stav. Na prvním místě je vždy zájem klienta (Adam a kol., 2004).

Můžeme se setkat s trojím pojetím sociální práce, kdy Navrátil (2000) uvádí následující paradigmatata:

- sociální práce jako terapeutická pomoc (terapeutické paradigma), kdy je hlavním faktorem pohoda člověka duševní zdraví a sociální práce je druhem terapeutické intervence,
- sociální práce jako reforma společenského prostředí (reformní paradigma), kdy toto paradigma přichází s vizí společenské rovnosti a snaží se o podporu solidarity a spolupráce,
- sociální práce jako sociálně právní pomoc (poradenské paradigma), kdy fungování v sociální oblasti závisí především na schopnosti zvládat problémy a přístupu k odpovídajícím informacím a službám.

4.2 Multidisciplinární tým v paliativní péči

Základní jednotkou poskytující paliativní péči je multidisciplinární tým, který tvoří lékaři, všeobecné sestry, dietní sestra, sociální pracovník či pracovník v sociálních službách, rehabilitační pracovník, psycholog, psychiatr, duchovní, členové rodiny a přátelé, ale také dobrovolníci. Tito všichni jmenovaní (a případně i další) se vzájemně setkávají a plánují a vyhodnocují nejefektivnější formu péče a řešení případných problémů. Na rozhodování, tvorbě, monitorování a také pravidelném přezkoumávání se v ideálním případě podílí pacient, rodina a celý tým, kdy přání pacienta je prvořadé a samozřejmostí je také zachování mlčenlivosti a práva rodiny na soukromí (Bužgová, 2012).

Jak uvádí Marková (2015), péče (nejen domácího hospicového) týmu zahrnuje několik důležitých skutečností:

1. pacient je středem zájmu celého týmu, jsou důležitá jeho přání a očekávání, ty tvoří základ plánu péče,
2. každý člen týmu při vykonávání své práce zachovává úctu k životu, respektuje důstojnost a lidská práva jednotlivce, a to bez ohledu na věk, pohlaví, národnost, rasu, víru, sociální postavení a politické přesvědčení,
3. každý člen týmu musí respektovat ostatní kolegy, jejich postavení, zodpovědnost a profesionalitu,
4. služby, které tým poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni, každý z členů týmu musí dát přednost profesionalitě před svými soukromými zájmy,
5. každý člen týmu, který o pacienta pečuje, musí reprezentovat danou organizaci a její zásady.

Dobrovolníci jsou samostatným článkem o umírající a jejich motivace podílet se v tomto procesu jsou různé. Nenahrazují odbornou zdravotnickou péči, ale tráví čas s nemocnými a umírajícími – dělají jim společnost, předčítají, doprovází kam je potřeba, jsou také nenahraditelní při pořádání akcí pro veřejnost, pomáhají s překlady, administrativou, ale také pečují o zahradu nebo květiny (Dobrovolníci v hospicové péči, 2010).

4.3 Pracovník sociálních služeb a jeho role

V úvodu této kapitoly je nepochybně důležité osvětlit rozdíl mezi pracovníkem sociálních služeb a sociálním pracovníkem, kdy obě pracovní pozice a především jejich náplň nejsou totožné, byť si mohou být v mnohém podobné.

Pracovník v sociálních službách má v náplni práce přímou péči o svěřené osoby, pečovatelskou a výchovnou nepedagogickou činnost, kdy je tato činnost spojená s pomocí při osobní hygieně, oblékání, stravování, pomoci v domácnosti apod. Vzdělání pracovníka v sociálních službách může být například kvalifikační kurz. Oproti tomu **sociální pracovník** vykonává sociální šetření, právní poradenství, poskytování krizové pomoci apod., kdy potřebné studium získá tento typ pracovníka studiem na vyšší odborné nebo vysoké škole. Samozřejmě je zapotřebí i dalších náležitostí daných jak legislativou (trestní bezúhonnost apod.), ale také aspekty, které potřebuje zaměstnavatel (řidičský průkaz skupiny B atd.) (Akamedia, 2020). Bližší specifikaci se věnuje §116 zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, kde je specifikováno, že pracovník sociálních služeb je povinen mít ukončené základní nebo střední vzdělání, poté může absolvovat akreditovaný kurz. Pokud se jedná o pracovníka, který aktivizuje uživatele služby, má povinnost mít dokončené středoškolské vzdělání s výučním listem nebo maturitou a příslušný akreditovaný kurz.

V odst. 1 §116 dále uvádí, že práce pracovníka v sociálních službách spočívá v poskytování péče mimo jiné i v pobytových službách, zejména obslužnou péči jejího uživatele, například s podáváním stravy, ale také pomoc s udržení sociálních kontaktů nebo podporu soběstačnosti a aktivizace daného člověka. K tomu mohou pomoci různé manuální práce, tvořivé činnosti apod.

Co se týká platového zařazení, tak pracovník v sociálních službách většinou zastává jednodušší úkoly a typy práce, proto je také jeho ohodnocení nižší než je tomu u kolegů sociálních nebo zdravotně sociálních pracovníků. Výši platu ovlivňuje výrazněji délka praxe než vzdělání. Pracovník v sociálních službách se pohybuje mimo délku praxe také v tzv. platových třídách, které se liší dle náplně práce a může se pohybovat mezi 4. až 9. platovou třídou, kdy každá z nich je svou náplní vcelku jasně specifikována (Plat pracovníků v sociálních službách, 2022).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Praktická část práce navazuje na poznatky, které byly uvedeny v předchozí, teoretické části. Tato kapitola popisuje výzkumný problém, výzkumné cíle a otázky, stanovuje výzkumnou strategii a výzkumný nástroj. Popisuje techniku sběru dat a výzkumný soubor.

5.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem je, jakým způsobem vnímá umírání a smrt pracovník v sociálních službách v systému paliativní a hospicové péče.

5.2 Výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem zjistit, jaká specifika práce spatřuje pracovník v sociálních službách ve své profesi.

Dílním cílem je pak zjistit pohled pracovníka v sociálních službách na umírání a smrt, s ohledem na prevenci syndromu vyhoření.

5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly stanoveny takto:

1. **Jaká specifika spatřuje pracovník v sociálních službách ve své profesi?**

Dílní výzkumné otázky:

2. **Jakým způsobem vnímá pracovník sociálních služeb celý průběh péče o umírajícího?**
3. **Jakým způsobem se pracovník v sociálních službách aktivizuje a co považuje za prevenci syndromu vyhoření?**

5.4 Výzkumná strategie

Výzkumné šetření je zaměřeno **kvalitativně**. Creswell (Hendl, 2016, s. 12) uvádí, že: „kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“. Podle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007) je pak podstatou kvalitativního výzkumu široký sběr dat, kdy na jeho začátku

ale nejsou stanoveny základní proměnné ani hypotézy. Výzkumný projekt tedy není založený a závislý na teorii, kterou již předtím někdo vytvořil, cílem je prozkoumat velmi široký jev a podat o něm co největší množství informací. Případné nedostatky kvalitativní strategie spatřuje Hendl (2016) v možné neobjektivitě výzkumníka a v nemožnosti zobecňovat data na celou populaci z důvodu malého vzorku, stejně tak ale i jedinečnosti a neopakovatelnosti situace. Zároveň uvádí silné stránky kvalitativních dat, které díky přirozenému uspořádání pravdivě popisují každodenní život – data nejsou vytržena z kontextu, výzkumné otázky mohou být přizpůsobovány výzkumu i v průběhu výzkumu a reagovat na nově vzniklé a neočekávané situace.

Zvolenou metodou sběru dat je **interview**, které je dle Chrásky (2016) metodou shromažďování dat o realitě spočívající v bezprostřední verbální komunikaci mezi výzkumným pracovníkem a respondentem (často také označován, trochu nesprávně, jako rozhovor). Výhodou této metody je navázání osobního kontaktu, hlubší proniknutí do motivů a postojů respondenta, kdy lze sledovat jeho reakce na kladené otázky a dle toho směřovat další průběh. Zvolená forma **nestrukturovaného interview** se přibližuje přirozené komunikaci mezi lidmi. Formulace otázek a jejich sled je na tazateli, stejně tak cílové informace, které chce získat. Výhodou této metody je snadnější navázání kontaktu, bezprostřednější a upřímnější projev. Nevýhodou pak je nemožnost zajistit stejné podmínky pro všechny respondenty a nestandardizované interview většinou neposkytuje přímo kvantitativně zpracovatelný materiál. Interview by mělo probíhat vždy za vhodné situace, v bezpečném prostředí s dostatkem času. Je doporučeno začínat nejjobecnějšími otázkami a také čelit některým faktorům. Pro navázání kontaktu s respondentem je potřeba vytvořit ideální podmínky, motivující ke spolupráci. Velký význam hraje přesný záznam interview.

Analýza je pak metodou zpracování dat a znamená v podstatě rozkládání celku na dílčí části, což umožňuje hlouběji proniknout do podstaty zkoumaného jevu. Cílem analýzy je vymezit a klasifikovat jednodušší prvky složitějšího celku, zjistit a prozkoumat jejich vztahy a souvislosti uvnitř celku a také ve vztahu k jeho okolí (Hendl, 2016). K nastartování analýzy je potřeba, jak uvádí Švaříček, Šedřová a kol. (2007, str. 92) kódování, které je „procedurou, která umožňuje z množství dat „vytáhnout“ proměnné, které se stanou základem budoucí teorie.“ **Otevřené kódování** je technika vyvinutá v rámci analytického aparátu zakotvené teorie, která je používána zejména pro svou jednoduchost, účinnost a použitelnost. Představuje operace, pomocí kterých jsou údaje

rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Analyzovaný text je rozdělen na jednotky (slovo, sekvence slov, věta, odstavec) a jednotce přidělen kód (slovo, krátká fráze). Tyto kódy poté projdou kategorizací. Otevřené kódování bylo doplněno **technikou barvení textu**, kdy pro lepší orientaci a názornější vyhodnocení byla každému pojmu a kategorii přiřazena určitá barva.

5.5 Výzkumný soubor a technika sběru dat

Respondent byl seznámen s aspekty a cílem bakalářské práce, zejména pak praktické části. Následně byly stanoveny základní okruhy otázek interview, týkající se informací, které byly předmětem zkoumání:

- vlastní příběh respondenta se záměrem získat informace o faktorech motivace výběru povolání, informace o délce praxe, dosaženém vzdělání apod.,
- pracovní život, tedy shrnutí zkušeností, dojmů, pocitů, coby příprava na následující oblast (viz poslední bod),
- konkrétní otázky z jeho povolání v souladu se stanovenými výzkumnými otázkami.

Celkem proběhly s respondentem dvě setkání, v celkové časové délce 4 hodiny. Rozhovory byly po domluvě nahrávány za pomoci aplikace v telefonu (funkce podobná diktafonu) a pro převod/přepis mluveného slova na text byl využit „Windows Diktát“ a funkce Hlasové zadávání v nástrojích prohlížeče Google Chrome. Výsledný text potřeboval drobné korekce a doplnění. Nutno podotknout, že ačkoli by bylo vzhledem k zachování vyšší míry anonymity výhodnější vynechat skutečnost, zda je respondent žena nebo muž, domluvili jsme se s respondentem, že pohlaví bude uvedeno, zejména z toho důvodu, že ženy i muži vnímají často některé aspekty více či méně odlišně.

6 ANALÝZA DAT

Jednotlivá data v přepsaném rozhovoru byla vyhledávána za pomoci metody otevřeného kódování společně s technikou barvení textu (pro snadnější orientaci při vyhledávání jednotlivých kódů určených dále ke kategorizaci). Jednotlivé kódy a kategorie byly při analýze dat vcelku dobře rozpoznatelné, zejména díky tomu, že je respondent sám víceméně kategorizoval nebo odpovídal na otázky v ucelených, logických a posloupných částech. Některé kódy se vzájemně prolínaly a bylo potřeba se k nim v průběhu kódování vracet a ověřovat, zda byly správně zařazeny. V některých oblastech bylo kódů přirozeně více, v jiných méně a bylo složitější je vyhledávat.

Jednotlivé kódy a kategorie byly voleny s ohledem na předmět zkoumání/výzkumnou otázku, v textu byly označeny jednotlivé pasáže/související celky, které poté byly označeny k dalšímu rozpracování, tedy vytváření kódů a kategorizaci.

Výzkumná otázka č. 1 obsahovala 4 ucelené části, rozdělené pomyslně na: vnímání profese pracovníka sociálních služeb v systému hospicové péče, týmovou spolupráci, rodinu a příbuzné umírajícího - komunikaci a legislativu, finanční ohodnocení pracovníka sociálních služeb.

1. Vnímání profese pracovníka sociálních služeb v systému hospicové péče / finanční ohodnocení: sem byly řazeny jednotlivé kódy týkající se profese, její náplně, vnímání, finančních záležitostí atd.

Žlutá	pozitivní vnímání profese
Modrá	realita
Zelená	pocity a dojmy pracovníka
Červená	negativní vnímání profese

„I po těch letech vlastně nevím, zda se tomu mám pousmát nebo se urazit. Každopádně, za ty roky už nic nevysvětluji, protože když se podíváte na moje bydlení, auto nebo konto v bance, tak můžete vidět, kolikrát na mě asi tak bylo nějaké to dědictví přepsáno. (smích). Jsou lidé, kteří mi děkují za mou práci, tvrdí, že je to bohulibé poslání a pak jsou zase tací, kteří mají za to, že na mě doprovázené osoby přepisují své majetky. Já sám ale vnímám, že moje práce je opravdu důležitá, možná ani ne nějakým celosvětovým způsobem, ale rozhodně jednomu člověku změním jeho svět.“

2. Oblast role pracovníka v multidisciplinárním týmu: sem byly přiřazeny všechny části rozhovorů, které by se daly zahrnout pojmem týmová spolupráce.

Žlutá	celková spokojenost
Modrá	kolegialita
Zelená	kladné aspekty týmové práce
Červená	nedostatky, problémy, obtíže

„Musím říct, že v práci to *funguje opravdu dobře*, můžeme se na sebe *navzájem spolehnout*, říci si *cokoli*. Ale ano, občas je třeba *průšvih*, když není *naskladněný* nebo *doplněný třeba materiál* a jiné věci, není *doplněné palivo v autě*, protože se něco vyskytlo. Ale to jsou *malé věci, které se asi dějí v každé práci*.“ „... míváme *pravidelné porady, různé supervize, intervize, pokud je potřeba, tak i případové konference* a je to něco jako *kulatý stůl, všichni jsme si rovni*, i když *mnohdy ne úplně rozumím třeba všem lékařským termínům*, ale naše paní doktorka to už často *rovnou překládá do češtiny* (smích) ... *musím vyzdvihnout férovost, otevřenost, taky určitou míru podpory, ale taky schopnost konstruktivní kritiky*.

3. Oblast rodiny umírajícího a legislativa: sem byly zařazeny všechny kódy týkající se rodiny a péče o umírajícího, legislativy, komunikace.

Žlutá	legislativa
Modrá	komunikace, hledání řešení
Zelená	kladné aspekty péče rodiny
Červená	negativní aspekty péče rodiny

„*Toto je asi nejtěžší záležitost, která mě potkala, rodina byla průměrně finančně situovaná, chtěli svého blízkého doprovázet až do konce*, ovšem klient zkrátka – a teď to řeknu opravdu necitlivě – *umíral déle, než byla rodina schopna zvládnout. Našli jsme sice slušné místo, ale rodina byla zdrcena*. V tomto ohledu si myslím, že by to *mělo být ošetřeno jinak, protože ne každý si může dovolit, co by chtěl*.“.

4. Oblast finančního ohodnocení pracovníka v sociálních službách: sem byly řazeny všechny kódy týkajícího se finanční stránky zaměstnání.

Žlutá	finanční aspekty
Modrá	nedostatečné ohodnocení
Červená	náročnost práce vs. ohodnocení

„... *dělám práci, která mě baví, naplňuje. Banka a výdaje se ale neptají, jestli mám nebo nemám. Občas je to těžké*, navíc, klienti si nevybírají, zda mě budou potřebovat třeba o Vánocích. *Mám dvě, někdy i tři práce, protože mám hypotéku*, taky rád cestuji, pokud to situace a peněženka dovolí, nemusí to být ani daleko. *Faktem ale je, že se občas sám*

sebe ptám, jak je vlastně tenhle *stát rozvržen co financí týče* a obzvlášť pokud se týká *mezd a platů různých zaměstnanců, především těch v sociálních službách nebo neziskovkách*.“

Dílčí výzkumná otázka č. 2 měla zjistit, jakým způsobem vnímá pracovník sociálních služeb v systému hospicové péče umírání a smrt.

„*Průběh je asi tak nějak podobný, jsme požádáni o službu a tu poskytujeme. ... Pamatuji si ale každého z mých doprovázených, žádného z nich bych nikdy nenazval nebo neoznačil za poskytnutou službu. Nevím, co je více bolestné, zda to, jak se ten který člověk v průběhu – a někdy dost rychle – mění, jak vidíme proměnu rodiny nebo samotný konec umírajícího. ... Ne vždy jsme okamžiku konce přítomni, ale ten přelom okamžiku života a smrti – je to hrozné a fascinující zároveň, je až neskutečné, jak se tělo bez duše změní opravdu v pouhou hmotu, kdy ten člověk tam pořád je a přitom není. Je ale každopádně nutné být nohama na zemi, jak jsem říkal, myslet hlavně s čistou hlavou, předvídat, protože já jsem tam ten, který má pomáhat zvládnout odcházení a péči okolo, tak, aby byl spokojený klient i jeho rodina. Ono to totiž není jen o tom umírání a smrti, ale o všech těch věcech okolo, o kterých se prostě nemluví, a které asi z pochopitelného důvodu jen tak někomu prostě nemůžete říct, ale které k tomu prostě patří. Třeba že je potřeba připravit se třeba na fakt, že pokud odcházející zemře, v určitou chvíli po jeho smrti se celé tělo uvolní a s ním i obsah střev. I v takové chvíli je zapotřebí zachovat důstojnost všech zúčastněných a hlavně jim to citlivě, taktně říct, upozornit je, mluvit s nimi o věcech, které mohou přijít. ... „Musím se tedy přiznat, že jsem si to v odborné literatuře neověřoval, spoustu poznatků mám takových neucelených a zprostředkovaných, třeba paní doktorka mi to občas v mezičase vysvětlí, proč co a jak je, ale na některé věci nezná odpověď ani ona. Třeba se stává, že jakmile se klient – odcházející začne svlékat, obnažovat, osahávat se, trvá většinou týden, než odejde. Je to taková zvláštnost, někdy ji pozoruji více, někdy méně, ale je to takové malé nepsané pravidlo. ...*

Žlutá	popis služby
Modrá	pocity respondent
Zelená	pocity klient/příbuzní
Červená	průběh umírání a smrti
Fialová	tabu
Růžová	důležité aspekty
Šedá	vzdělávání
Hnědá	komunikace v týmu
Mentolová	komunikace klient/příbuzní

Dílčí výzkumná otázka č. 3 se týkala aktivizace pracovníka a prevence syndromu vyhoření: byly sem tedy zahrnuty všechny tělesné a duševní aspekty týkající se syndromu vyhoření - negativní, aspekty týkající se aktivizace – pozitivní.

Žlutá	aktivizace – pozitivní
Modrá	tělesné aspekty týkající se syndromu vyhoření
Červená	duševní aspekty týkající se syndromu vyhoření

„Aktivizace, ... všechny činnosti, kdy nemusím používat hlavu a kdy zaměstnané tělo nedovolí hlavě myslet. Po svém druhém zaměstnání jsem velmi příjemně fyzicky unaven, pomáhá mi vybít všechny možné nahromaděné věci, ale samozřejmě taky některé zůstávají, třeba když s něčím v hospici nemůžu tzv. hnout, těžké dny,...“ ... „Pokud je v rodině umírajícího dítě nebo děti a není vyčleněno z toho celého procesu, který rodinu každý den čeká, tak to bývá většinou opravdu pozitivní věc. Bývá třeba taky smutné, taky hovoří o tom, co se děje, ale děti mají takový skvělý dar brát věci tak, jak jsou, mají velká srdce. A zvířata, to už je přínos sám o sobě.“

7 INTERPRETACE DAT

Základní údaje o respondentovi:

- muž středního věku
- pracovník v sociálních službách / hospic, délka praxe delší než 5 let,
- dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, původně v jiném oboru, aktuálně studuje obor, ve kterém pracuje,
- osobní motto: „Žij každý den, jako by to byl Tvůj poslední.“

Výzkumná otázka č. 1 Jaká specifika spatřuje pracovník v sociálních službách ve své profesi?

V této oblasti bylo respondentem zmíněno několik zajímavých informací pohybujících se v různých rovinách. V úvodní, první rovině, respondent udává poměrně široké spektrum osobních zkušeností s vnímáním jeho povolání laickou veřejností. Nejčastěji se setkává s názorem, že je jeho práce záslužným posláním, kdy mají dotyční lidé spoustu zvědavých otázek, ale také se už setkal s názorem, že **toto povolání daní pracovníci dělají ze zjištěného důvodu**, kdy s klientem služby naváží osobní vztah za účelem přepsání majetku nebo zařazení do dědického řízení.

Dozajista důležitým aspektem této profese je **týmová spolupráce**, kdy respondent vnímá fungování kolektivu jako poměrně specifické, zejména v tom, co je náplní jejich práce. Z rozhovoru vyšlo najevo, že ačkoli je sociální práce, dle slov respondenta, často vnímána jako podřadnější (například oproti práci lékaře nebo psychologa), **respondent se doposud nenesetkal** s tím, že by mu tuto skutečnost kdokoli z týmu nebo blízkých spolupracovníků, ale i z řad klientů nebo jejich rodin připomněl. Specifická je bezesporu i pracovní náplň. Dle respondenta nastávají situace, kdy je **potřeba diskutovat, hledat řešení a vzájemné pochopení**, protože to každý pracovník týmu vidí ze svého úhlu pohledu. S někým navíc spolupracuje častěji, dokáže snáze pochopit, co chce říci nebo jak to myslí. Dle výsledků interview to ale není tak, že by například lékař, sociální pracovník či ředitel měl výhradně rozhodující slovo – **výsledné řešení nebo postup vychází jako usnesení všech**. Je patrné, že jsou dány určité priority, například stabilizovaný stav klienta na úkor určitého komfortu (zavedení kanyly, sondy apod.), ale zjištění, že tým spolupracuje tímto způsobem, je velmi pozitivní.

Další rovinou je **finanční ohodnocení**, kdy vyšlo najevo, že respondent má ke svému zaměstnání ještě jedno další a k tomu občasné jiné pracovní příležitosti (výpomoc v různých oborech jako je gastronomie nebo stavebnictví). Navzdory tomu, že finanční stránka je v životě člověka poměrně zásadním faktorem, respondent toto zmínil až jako poslední aspekt, což lze vzhledem ke zjištěným skutečnostem asi nepřekvapivé, protože respondent je své práci opravdu oddaný.

Co vidí respondent jako **problém je umírající nebo rodina umírajícího**, kteří v některých případech nezvládají situaci okolo / po smrti a hledají domnělé chyby pracovního týmu hospice, kdy pracovníci čelí osočování, velmi výjimečně i různým obviněním, žádostem o prošetření situace nebo zvoleného postupu.

Dle respondenta je také **velmi důležité dbát na vhodnou komunikaci** a pečlivě zvážit každé slovo, protože může způsobit mnohé vypjaté reakce a nepříjemné situace. Ačkoli sám přiznává, že byl mnohdy nechtěně strůjcem takové nevhodné situace, už se mu to díky praxi, studiu, různým pracovním školením a intervizím stává jen velmi málo. Zároveň ale udává, že každý klient je jiný, stejně jako každá rodina a častým problémem je například nový spolupracovník.

Opravdu velkým problémem je (oproti výše uvedenému) **legislativa a zejména příspěvky na služby hospicových zařízení**, kdy se respondent už setkal s případy, kdy byla rodina nucena přerušit služby z důvodu dlouhodobě neúnosné finanční zátěže.

Jako problematické lze také hodnotit zjištění, které asi nikoho nepřekvapí – **emocionální zátěž pracovníků týmu hospice** a pracovníky vykonávající sociální práci nevyjímaje, náročnost některých úkonů, související zejména s časovou tísní na jejich provedení. Na tyto faktory pak navazuje, i byť velmi malá, fluktuace zaměstnanců, jejich zaučování a seznamování kolegů s klienty, vynaložená energie.

Dílčí výzkumná otázka č. 2 Jakým způsobem vnímá pracovník sociálních služeb celý průběh péče o umírajícího?

Vyhodnocení této otázky nebylo úplně snadné, více než v samotném sdělení slov totiž bylo v nastalé atmosféře, která se, dalo by se říct, proměnila ve velmi zvláštní, ale příjemné až posvátné napětí, jako když člověk čeká na odhalení nějakého velkého tajemství. Respondent na tuto otázku neodpověděl hned, dal si chvíli na rozmyšlenou, v jeho tváři

i očích bylo vidět, jak rád by odpověď shrnul do nějakého logického celku, předal své dojmy a zkušenosti. S odpovědí chvíli váhal a bylo patrné, že není s jejím zněním úplně spokojen. Z rozhovoru vyplynulo, že průběh služby se sice v základu nemění, vždy obsahuje přijetí žádosti o poskytnutí služby, doplňují se různé podrobnosti, postupuje se dle daného aktuálního stavu klienta, zařizují se nezbytné věci jako je poslední vůle nebo poslední rozloučení atd. Co se mění je pouze délka celého procesu umírání, okolnosti jeho odchodu, které není nikdo schopen beze zbytku předurčit a přání klienta nebo jeho rodiny. Ačkoli bylo v rozpravě s respondentem sděleno dost slov, pocitový dojem je něco, co se do textu přepisuje jen velmi těžko.

K této otázce se respondent ještě jednou vrátil při druhém setkání a sdělil, že nad ní ještě dlouho přemýšlel – jak mluvit zcela otevřeně o smrti s někým, koho nemá vedle sebe v pracovním týmu. Dospěl k závěru, že o své práci mluví v mimopracovním prostředí spíše obecně a méně, právě proto, že není možné zkušenosti jen tak přenést. Dost často se setkal s určitým nepochopením nebo debatami, ve kterých mu nebylo příjemně. Má tedy pár frází, které automaticky používá, ale v tomto rozhovoru to bylo po velmi dlouhé době poprvé, kdy mluvil s někým „neznalým“. Pozoruhodným faktem tedy je, že pracovník v sociálních službách vnímá proces umírání a smrti poněkud odlišně – je nepochybně součástí procesu, ale zůstává profesionálem, který myslí na jinou úroveň umírání a smrti, než jakou vnímají „nezasvěcení“ lidé. Respondent hovořil i o dalších aspektech procesu umírání a smrti, kdy u některých klientů vyvstává extrémní potřeba sexuálního uspokojení, které umírajícímu způsobuje až nesnesitelná muka.

Dílčí výzkumná otázka č. 3. Jakým způsobem se pracovník v sociálních službách aktivizuje a co považuje za prevenci syndromu vyhoření?

K dané otázce bylo uvedeno, že **aktivizaci sebe, svých sil i povzbuzení myslí považuje respondent jako velmi důležitou součást své práce.** Jeho aktivizačním programem pak je především jeho druhé zaměstnání, které je naprosto odlišené od pozice pracovníka hospice. Respondent uvedl, že má **velmi pozitivní zkušenost se zvířaty a dětmi**, které považuje za zcela spontánní hnací motor a povzbuzení nejen pro sebe, ale i pro klienta a jeho okolí. Práce v takovém prostředí jde pak prý o až polovinu snáz.

Se syndromem vyhoření se už respondent setkal. Jednou tzv. na plno, kdy byl nucen přistoupit k dočasnému přerušování práce v hospici a byl přesvědčen, že už se tam nevrátí.

Podruhé už věděl, co dělat a tak se nedostal až „tak daleko“. Obojí nastalo po nesnadném odchodu jeho klientů, kdy pochyboval o svém působení a setrvání v profesi. Prevenci proto považuje za velmi důležitou a nezbytnou.

8 DISKUSE

Cílem této kapitoly a diskuse jako takové je zařadit výsledky výzkumu do kontextu současné odborné literatury uvedené v teoretické části, ale také některými výzkumy. Má také za cíl zjistit, zda výzkumné šetření odhalilo něco nového nebo jestli jsou výsledky v rozporu s dosavadními poznatky.

Zmapování práce v sociálních službách, konkrétně hospicové péči, a jejích specifik v prvé řadě poukázalo na určitý rozpor ve vnímání laické veřejnosti, kdy se setkává většinový názor o dané profesi jako o životním poslání v kontrastu s názorem, že jej může pracovník hospicové péče vykonávat pouze z osobního, zjištěného, záměru. Také zdůraznilo emoční a psychickou náročnost, se kterou se pracovník/pracovníci ve své profesi potýkají, s čímž souvisí vysoká míra osobní aktivizace a prevence syndromu vyhoření. Zásadním poznatkem je zjištění, že **významným motivačním faktorem je snaha o maximální možnou míru kvality a nasazení v péči o umírajícího a týmová práce**, kdy faktor vlastního finančního přínosu či ohodnocení je až na posledním místě.

Za zásadní aspekt zjištěných poznatků lze považovat **hodnocení legislativy a financování služeb hospicových zařízení**, kdy vyšlo najevo, že existují případy, kdy příbuzní umírajícího (nebo i on sám) nemohou péči finančně zvládnout a jsou nuceni péči o umírajícího ukončit a zajistit klasickou institucionální formu péče, ačkoli je to v rozporu s potřebami nebo přáními umírajícího. Tuto problematiku zmiňuje i Tomeš a kol. (2015), který uvádí, že hospice jsou financované z více zdrojů, kdy **současné financování je ve vysoké míře závislé na nesystémových zdrojích, což vede k finančním těžkostem**. Zdravotní složka paliativní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami, ale sociální složka péče a její úhrada zůstává nedořešená. Veřejné zdravotní pojištění pokrývá 40-60 % skutečných nákladů lůžkových hospiců, okolo 20 % pokrývají příspěvky na péči a 20-40 % musí hospice zajistit z darů, sbírek a jiné dobročinné činnosti. Finanční účast uživatelů služeb hospicového zařízení je tedy často nezbytná.

Jak bylo uvedeno v kapitole 3.5.2, příspěvek klienta (nebo jeho příbuzných) na péči mobilního hospice se pohybuje v rozmezí 200-500,-/den, v případě lůžkového pobytu v zařízení je to pak více + poplatky za doprovázející (blízkou) osobu – nakolik rozpočet zatěžující faktor to je může posoudit každý z nás. Pokud je klient hospicového zařízení navíc jeden z partnerů a druhý partner se o něj stará, rodina přichází o své příjmy.

Je zapotřebí zmínit, že **většina lidí si sice přeje zemřít dle svých přání, ale finanční stránka, obavy o budoucnost blízkých a další faktory bezpochyby nutí také většinu svá přání přehodnotit.** To potvrzuje také výzkum Postoje zdravotníků a veřejnosti k umírání a smrti (2015) uvádí, že při zvažování překážek domácí péče nejčastěji lidé zmiňují strach z vlastního selhání (37 %), příliš velkou zátěž pro rodinu (31 %) a finanční důvody (23 %).

Pro představu, Strategie rozvoje paliativní péče ČR na období 2012-2016 (Tomeš a kol. 2015, str. 32) uvádí tabulku současného financování lůžkových a mobilních hospiců z prostředků ministerstva zdravotnictví, s hrubým průměrným procentuálním vyjádřením jednotlivých subjektů.

Forma péče	Zdravotní pojišťovny	Dotace, granty, dary	Příspěvky na péči	Sbírky	Úhrada pacienta
Zařízení hospic. typu	55 %	20 %	8 %	10 %	7 %
Mobilní hospic	zákonem neupraveno	60 %	0 %	38 %	2 %

Co se týká problematiky vzájemné spolupráce a respektu spolupracovníků k sobě navzájem, toto přináší příjemné zjištění, že **pracovníci týmu hospice respektují jeden druhého bez ohledu na rozdíl vzdělání nebo náplň práce. Jsou ochotni hledat společná řešení, kdy jediným zájmem je komfort a všestranná pohoda klienta než vlastní zájmy pracovníků týmu.** K dané problematice uvádí výsledky vlastního výzkumu Tomeš a kol., (2015), který se zaměřoval na úroveň optimalizace podmínek pro výkon práce, ale také spokojenost pracovníků. Spokojenost se zaměstnáním naznačuje například nízká fluktuace zaměstnanců nebo ochota jednotlivých pracovníků podnikat společné aktivity jako jsou výlety, přednášky, aktivní účast na supervizích nebo intervizích atd. Jako důležitý a ostře sledovaný aspekt se také ukázal **výběr zaměstnanců do hospiců**, kdy každý uchazeč prochází velmi obsáhlým pohovorem a náročnou stáží, které odhalí vhodnost uchazeče pro dané zaměstnání a zejména odhalí jeho postoj ke smrti, ale také případné limity. Tomeš a kol. (2015) zmiňuje, že **v hospicových zařízeních chybí zaměstnanci a současní pracovníci pracují na úkor vlastních sil ve snaze naplňovat filozofii paliativní péče.** Ze získaných poznatků vyšlo najevo, že **osobní aktivizace**

je jako **prevence syndromu vyhoření velmi důležitá** a je potřeba této oblasti věnovat patřičnou pozornost zejména proto, že bez vlastní osobní pohody není pracovník v sociálních službách v systému paliativní a hospicové péče efektivně poskytovat služby těm, kteří je potřebují – toto se zdá jako výrazná motivace tuto oblast nezanedbávat, čímž se dostáváme k ústřednímu tématu této části – umírání a smrti.

Umírání a smrt jsou velmi subjektivní záležitostmi a hovořit/číst o tomto tématu není vždy snadné. Současná literatura nabízí značné množství publikací, od těch faktických a odborných, až po více osobní a duchovní. Některé přináší například M. Svatošová, lékařka, publicistka a také významná osobnost a zakladatelka české hospicové péče, která ve svých publikacích hovoří o mnoha tématech týkající se smrti. Grof (2017, str. 26) například říká, že: „Lidé umírající v západní společnosti často postrádají účinnou lidskou podporu, která by jim odchod usnadnila. Snažíme se chránit sami sebe před emočním stresem souvisejícím se smrtí tím, že nemocné a umírající odsouváme do nemocnic a pečovatelských domů.“. Grof (2017) dále hovoří o širším kontextu kolektivního popírání pomíjivosti a smrtelnosti a také o podobě současné smrti, která k nám přichází v „dezinfikované“ podobě, od zásahů lékařského týmu, až po posmrtné úpravy zemřelého. Výše uvedené víceméně potvrzují zjištění výzkumného šetření. Výpověď respondenta podává ucelený a velmi zajímavý pohled na umírání a smrt v té nejupřímnější možné podobě, zejména v tom ohledu, že jeho vnímání celého procesu je trochu odlišné od toho, co by se dalo označit jako očekávatelné. Je zcela jisté, že **je účasten procesu umírání a smrti jako člověk, ale zejména jako profesionál**, co myslí na všechny možné aspekty okolo některých fází umírání a okamžiku smrti tak, aby byla zajištěna veškerá péče se zachováním důstojnosti a klidu všech zúčastněných.

Závěrem by bylo na místě zmínit několik doporučení. Problematika paliativní hospicové péče se řídí poměrně známou teorií posloupnosti, kdy se jeví jako **velmi příhodné nejprve vyřešit problematiku možnosti umírání doma nebo alespoň v kruhu svých blízkých a to pro každého, kdo o tuto možnost stojí – tedy legislativu a zejména financování hospicové péče**, díky čemuž by mohlo dojít k navýšení počtu míst a rozšíření služeb pro potřebné, navýšení kvalitních pracovníků a také jejich náležitého ohodnocení. Vhodné je také zamyšlení nad tím, jak vlastně společnost a lidé umírání a smrt nejen vnímají, ale také znají, protože některá výzkumná zjištění jsou velmi překvapivá.

Také je potřeba zmínit limity výzkumného šetření. V tomto ohledu je to zejména omezený počet respondentů. Získaná data nelze nijak zvlášť aplikovat pro praxi nebo je zobecňovat. I přesto ale přináší vcelku zajímavý pohled na danou problematiku, což může být samo o sobě dalším limitem, většina výzkumů je orientována kvalitativně, což může značit subjektivní pohled na danou problematiku. Kvantitativní statistiky poskytující například celorepublikový rámec buď chybí, nebo se je nepovedlo dohledat.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo shrnout dostupné informace a poznatky o současných možnostech důstojného umírání dle přání umírajícího, ale také přinést pohled pracovníka sociálních služeb, který může toto přání pomoci realizovat. Tyto cíle považuji za splněné. Jeden cíl ale předpokládán úplně nebyl. Můj osobní. Poznal jsem člověka, kterého bych se nebál mít u své smrti, naopak, bylo by mi velkou ctí. Respondent, a rozhovor s ním, bude jednou z věcí, na které si určitě ještě mnohokrát vzpomenu. Je to člověk s velkým srdcem a odhodláním a je opravdu skvělé, že takoví lidé dělají svou práci rádi a svědomitě a tím pádem pomoci potřebným na jejich cestě.

Každý člověk si určitě alespoň jednou v životě připustil myšlenku o své smrti, málokdo se ale s touto myšlenkou svěří a ještě méně lidí je ochotno o smrti běžně mluvit, což dokazuje statistika postojů zdravotníků a veřejnosti k umírání a smrti (2015), kdy 70 % pacientů přemýšlelo nad tím, jak by si představovali péči v závěru svého života, ovšem 64 % o svých přáních s nikým ze svých blízkých (nebo praktickým lékařem) nikdy nemluvalo. Jeden příklad za všechny, se kterým se ve své rodině určitě setkal ne jeden z nás – příbuznou, babičku například, čeká operace, říká svým blízkým, kde najdou potřebné dokumenty, peníze apod., příbuzní/její děti mávnou rukou a řeknou něco ve smyslu: „Ale mami, nech těch řečí!“ a přitom by stačilo říct, co (asi) skutečně cítí: „Bojím se stejně jako Ty, věřím ale, že to bude dobré. Pokud potřebuješ, řekni mi a ukaž, co a jak mám zařídit, kdyby se cokoli stalo, ať jsi klidnější.“. Smrt zkrátka patří k životu. A mluvit o smrti také. Systém paliativní péče v posledních desetiletích zaznamenal výrazný posun, ačkoli, je nutno si přiznat, spíše v oblasti sociálních služeb.

Bakalářská práce byla rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část definovala základní pojmy, jako je stárnutí a stáří, vymezila umírání a smrt jako proces a poskytla základní informace o možnostech umírání doma nebo v institucích, kdy neopomněla zmínit potřeby a přání umírajících. Kapitola, která se věnovala současnému uspořádání podpory a pomoci umírajícím přinesla nejen statistická východiska týkající se umírání a smrti, ale také legislativní aspekty paliativní péče a možnosti podpůrných sociálních a zdravotních služeb, kam patří paliativní a hospicová péče. Sociální práci a úlohu pracovníka sociálních služeb rozvedla čtvrtá kapitola, která vysvětlila základní rozdíly v dané terminologii a zmínila také úlohu multidisciplinárního týmu v péči o své klienty. Praktická část provedla výzkumné šetření za pomoci kvalitativní metody interview, kdy byl výzkumný soubor nakonec omezen

na jednoho respondenta, přináší ale i tak zajímavý pohled na danou problematiku, který víceméně koresponduje s uvedenými výzkumy jiných výzkumníků nebo odborníků. Takto nízký počet respondentů je ale nepochybně limitem výzkumného šetření této práce, kdy nelze získaná data zobecňovat, ani nijak zvlášť významně aplikovat pro praxi. Ačkoli byl cíl bakalářské práce splněn, stejně tak dílčí cíle teoretické a praktické části, bylo by určitě žádoucí, aby byla daná problematika rozpracována mnohem více. Nejen jako důležitá součást osvěty, ale také pro další možné přínosy zejména pro praxi – čím víc odborníků přinese poznatky o přínosu hospicové péče, tím určitě lépe a výsledkem bude častější splnění přání umírajících, ať už jsou jakákoli.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
2. BUŽGOVÁ, Radka, 2012. *Paliativní a hospicová péče*. Ostrava. Studijní opora. Ostravská univerzita v Ostravě.
3. BUŽGOVÁ, Radka a Radka KOZÁKOVÁ, 2020. *Základy paliativní péče v neurologii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-502-3.
4. GROF, Stanislav, 2009. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0177-5.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena, c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
8. HATOKOVÁ, Mária, 2013. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich*. Košice: EquiLibria. ISBN 978-80-8143-125-8.
9. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
10. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
11. CHRASTINA, Jan a Naděžda ŠPATENKOVÁ, 2018. *Sexualita a intimita v závěru života: Sexuality and intimacy in the end-of-life*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5304-0.
12. KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
13. KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
15. KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
16. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
17. MARKOVÁ, Alžběta, 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.
18. MIŠINOVÁ, Mariana, 2016. *Ošetrovatelstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8433-9.
19. NAVRÁTIL, Pavel, c2000. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
20. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
21. PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.
22. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU, 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.

23. PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL, 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.
24. POCHMANOVÁ, Helena, 2021. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*, 2021. Praha: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-90-4.
25. REJZEK, Jiří, 2012. *Český etymologický slovník*. Voznice: Leda. ISBN 978-80-7335-296-7.
26. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, c2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
27. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H. ISBN 80-7319-059-1.
28. SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
29. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007 *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
30. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
31. VOLANDES, Angelo E, 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. Přeložil Lenka KAPSOVÁ. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-03-4.
32. VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2012. *Klinická propedeutika*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-360-8.
33. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

Elektronické zdroje:

34. AKADEMIA. Rozdíly v profesi [online] 2020 [cit. 2022-03-25]. Dostupné z: <https://akademia.cz/magazin/rozdil-v-profesi-pracovnik-v-socialnich-sluzbach-a-socialni-pracovnik>
35. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [online] 2017 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wpcontent/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>
36. *Ceník hospicových zařízení* [online] 2022 [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: www.google.com
37. *Co je hospicová péče?* [online] 2021 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>
38. *Dobrovolníci v hospicové péči* [online] 2010 [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/dobrovolnici-v-hospicove-a-paliativni-peci>
39. *Plat pracovníků v sociálních službách* [online] 2022 [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: <https://www.kupnisila.cz/pracovnik-v-socialnich-sluzbach/>
40. *Postoje zdravotníků a veřejnosti k umírání a smrti* [online] 2015 [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>
41. *Poslední dny a týdny*. [online] 2022 [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/posledni-dny-atydney>
42. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdější předpisů* [online] 2022 [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>