

Univerzita Karlova
Filosofická fakulta
Katedra sociální práce



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Adéla Bařtipánová

Profesní péče sociálních a psychosociálních pracovníků o sebe v hospicové péči

Professional self-care of social and psychosocial workers
in hospice care

Poděkování

Chtěla bych moc poděkovat mé vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Pavle Kodymové, Ph.D. za její vstřícnost a cenné rady, všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu a byli otevření a upřímní a také rodině a přátelům, kteří mě podporují.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu. Práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 20. května 2024

.....

Adéla Bařtipánová

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá profesní sebepéčí a obecně péčí o sebe z pohledu sociálních pracovníků. Cílem je objasnit funkci a vliv sebepéče na sociální pracovníky pracující v hospicové péči, přiblížit, co pracovníci vnímají jako zátěž při výkonu své profese.

V teoretické části jsou nejprve vymezeny základní pojmy, které jsou v rámci celé práce používány. Poté jsou blíže představeny oblasti sebepéče a profesní sebepéče v kontextu etiky, ale také rizika absence sebepéče.

Praktická část se zabývá kvalitativním výzkumem, který probíhal metodou polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky zaměstnanými na území celé České republiky. Snahou bylo zjistit, jak k sebepéči přistupují a jak k tomu napomáhá zaměstnavatel. Aby došlo k většímu pochopení respondentů, nejprve byla zjišťována specifika sociální práce v hospicové péči, se kterými se poté dále pracovalo. Metodou analýzy dat byla tematická analýza.

Z výsledků vyplynulo, že respondenti se věnují sebepéči spíše obecně a vnímají rizika zanedbávání. Jako zátěž respondenti uvedli zejména administrativu a omezenou kapacitu hospicového zařízení.

Klíčová slova

profesní sebepéče, sociální práce, hospic, etika, profese

Abstract

The bachelor thesis deals with professional self-care and self-care in general from the perspective of social workers. The aim is to clarify the function and influence of self-care on social workers working in hospice care, to give an insight into what workers perceive as burdens in the exercise of their profession.

The theoretical part first defines the basic concepts that are used throughout the thesis. Then, the areas of self-care and professional self-care are introduced in more detail in the context of ethics, as well as the risks of the absence of self-care.

The practical part deals with qualitative research, which was conducted using the method of semi-structured interviews with social workers employed throughout the Czech Republic. The aim was to find out how they approach self-care and how their employer facilitates it. In order to gain a better understanding of the respondents, the specifics of social work in hospice care were first identified and then further worked with. The method of data analysis was thematic analysis.

The results showed that respondents were more general about self-care and perceived risks of neglect. In particular, respondents mentioned administration and limited capacity of the hospice facility as burdens.

Key words

professional self-care, social work, hospice, ethics, profession

Obsah

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 7 |
| 1 VYMEZENÍ POJMŮ | 8 |
| 1.1 PALIATIVNÍ PÉČE..... | 8 |
| 1.2 HOSPICOVÁ PÉČE | 9 |
| 1.3 HOSPIC..... | 9 |
| 1.4 SOCIÁLNÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍ PRACOVNÍK | 11 |
| 1.5 SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICOVÉ PÉČI | 13 |
| 2 SEBEPÉČE A PROFESNÍ SEBEPÉČE | 19 |
| 2.1 CHARAKTERISTIKA A DRUHY SEBEPÉČE | 21 |
| 2.2 PROFESNÍ SEBEPÉČE..... | 22 |
| 2.3 MOŽNÁ RIZIKA ABSENCE SEBEPÉČE | 24 |
| 2.4 SEBEPÉČE V KONTEXTU ETIKY | 26 |
| 3 EMPIRICKÁ ČÁST | 30 |
| 3.1 VÝZKUMNÁ OTÁZKA | 30 |
| 3.2 METODA SBĚRU DAT..... | 31 |
| 3.3 ETIKA VÝZKUMU | 32 |
| 3.4 VÝZKUMNÝ VZOREK A ZÍSKÁNÍ RESPONDENTŮ | 32 |
| 3.5 PRŮBĚH VÝZKUMU A ANALÝZA DAT | 33 |
| 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU | 34 |
| 4.1 POJETÍ SEBEPÉČE U SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ | 34 |
| 4.2 ROLE ZAMĚSTNAVATELE A PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ..... | 38 |
| 4.3 ZÁTĚŽ V ZAMĚSTNÁNÍ..... | 41 |
| 4.4 SMRT A VLASTNÍ SMRTELNOST | 42 |
| 4.5 SPOLUPRÁCE S RODINOU KLIENTA | 45 |
| DISKUZE | 49 |
| ZÁVĚR | 51 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 53 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 59 |

Úvod

Nelze si nevšimnout, že naše společnost téma smrti tabuizovala a odsunuli jsme smrt do nemocnic. Přestože si velké množství lidí přeje zemřít doma, stále významně převažuje umírání v nemocnicích. Jak na svých stránkách uvádí organizace Cesta domů, pouze dvacet procent úmrtí probíhá doma, z toho je pouze pět procent očekávané úmrtí v domácím prostředí, jinak se v domácím prostředí jedná převážně o náhlá úmrtí. (Cesta domů, 2020c) I tato informace byla jeden z důvodů výběru tématu bakalářské práce.

Sociální práce je náročná profese, která vyžaduje značnou emocionální odolnost a soucit. Sociální pracovníci přicházejí do kontaktu s lidmi v těch nejnáročnějších chvílích jejich života, to může mít vážný dopad na jejich duševní pohodu a vést k vyhoření, stresu a dalším psychickým problémům. Péče o sebe by neměla být zanedbávána obecně, natož pokud osoba přichází v práci dennodenně do kontaktu s náročnými situacemi a se smrtí. Cílem práce bylo zjistit, jak sociální pracovníci v hospicích sebezpečí vnímají, zdali mají nějaký společný prvek, který jim pomáhá při práci. Proto je bakalářská práce zaměřena na profesní sebezpečí.

Teoretická část je rozdělena na dvě části, v první části jsou představeny základní pojmy a v té druhé je bližší představení pojmu sebezpečí a profesní sebezpečí.

V praktické části je představen kvalitativní výzkum, který odpovídá na výzkumné otázky. Hlavními výzkumnými otázkami jsou: **Jaká jsou specifika práce sociálního pracovníka v hospicové péči?** a **Jak vnímají a přistupují sociální pracovníci k profesní sebezpečí.** Metoda sběru dat probíhala skrze polostrukturované rozhovory se šesti respondenty. Po výsledcích výzkumu následuje diskuze a závěr.

1 Vymezení pojmů

Nejprve budou vymezeny a představeny základní pojmy a rozdíly mezi nimi. Pro základní orientaci a porozumění je uvedena definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO). Tato definice byla přijata již v roce 1948. WHO nazývá zdravím takový stav, kdy nejen není přítomna nemoc, ale kdy je komplexní stav člověka ve smyslu fyzického, duševního i sociálního blaha (Basic, 2020, s. 6). Právě z této definice hospicová i paliativní péče vychází. Nazírá na člověka celostním pohledem. Takovýto pohled můžeme označit za holistický, to znamená, že řeší nejen klientovy biologické potřeby, ale také psychologické, sociální a spirituální. Tyto potřeby se v průběhu života i nemoci mohou měnit a může se měnit i jejich důležitost (Svatošová, 2008, s. 18-21). Nutno dodat, že celostní pohled na člověka, by měl být vnímán v rámci jakékoliv sociální práce (Global social work statement of ethical principles, 2018).

Pro lepší spolupráci s klientem je nutné si specifikovat cíl. Svatošová (2008, s. 15-16) uvádí tři cíle, které v péči s klientem můžeme vnímat. Prvním cílem je úplné uzdravení, k úplnému uzdravení vede tzv. kurativní léčba, na konci intervence je tedy vyléčený pacient. Druhým cílem je snášení chronického onemocnění a třetím cílem je důstojné a pokojné umírání. Tyto cíle se mohou v průběhu spolupráce měnit. V rámci paliativní a hospicové péče se pracuje s druhým a třetím zmíněným cílem. Ačkoliv se hospicová a paliativní péče na první pohled mohou zdát podobné, jedná se o dva odlišné typy péče určené pro pacienty s nevléčitelnými nebo závažnými onemocněními. Hlavním rozdílem je časový horizont, kdy paliativní péče může trvat roky, oproti tomu hospicová péče se zaměřuje na podporu a péči v závěrečných fázích života pacienta. Paliativní péče se soustředí na celkové zlepšení kvality života pacienta. Obě formy péče jsou možné v domácím prostředí, nemocnicích či specializovaných zařízeních. Pojmy paliativní péče, hospicová péče a hospic mají několik definic a budou v této práci uvedeny nejen zákonem stanovené.

1.1 Paliativní péče

Zákon 372/2011 o zdravotních službách uvádí v paragrafu § 5 odstavec h následující: „*Účelem paliativní péče je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.*“

Paliativní péče se snaží chránit klientovu důstojnost, co nejlépe využít klientův zbývající čas. Snahou je vycházet z toho, co si klient přeje. Pozitivní přínos má paliativní péče i z hlediska financí, například díky ní se sníží výdaje (méně časté návštěvy na pohotovosti, snížení počtu invazivních zákroků, které jsou pro klienta zbytečné) (Marková, 2023, s. 8).

Velmi často se také můžeme setkat s dělením paliativní péče na obecnou a specializovanou. Specializovanou paliativní péči vykonává lékař, který je specializovaný v tomto oboru a péče bývá vázána na multidisciplinaritu týmu (Cimrmannová, 2020, s. 75).

Hejlová (2022, str. 15) o paliativní péči píše následovně: „*Paliativní péče je pomoc poskytovaná týmem vysoce specializovaných odborníků z řad lékařských profesí a nelékařských profesí, doplněným odborníky z oblasti sociální práce a duchovními. Právě jen tato týmovost může zajistit umírajícímu a jeho blízkým pomoc a služby, díky kterým odchod z tohoto světa nemusí být provázen strachem a bolestí, ale smířením a důstojností.*“

1.2 Hospicová péče

Hospicová péče je primárně určena pacientům v konečném stádiu onemocnění, kdy se prognóza délky života pohybuje jen v řádu týdnů/ měsíců. Oproti tomu paliativní péče je spojena s nevyléčitelnou nemocí, ale může tato léčba trvat několik let a klient může nadále být s nemocí léčen.

1.3 Hospic

V zákoně 372/2011 Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v paragrafu § 44a najdeme následující „*Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.*“ Cílem hospice by mělo být, aby klient netrpěl a pokud si to přeje, aby s ním v posledním okamžiku někdo byl (Svatošová, 2008, s. 115).

Formy hospicové péče

Jak ve své knize uvádí zakladatelka hospiců Svatošová (2008, s. 118-122), můžeme rozlišit tři základní formy hospicové péče.

Domáci neboli mobilní hospicová péče

Domáci péče se většinou považuje za optimální formu péče pro nemocného, ale existují situace, kdy tato forma péče není možná. Například když jsou rodinné zdroje vyčerpány, neexistuje dostatečná podpora nebo místo pro péči, nebo když chybí odborné služby v místě bydliště klienta. Pochopitelně je snahou, aby služby byly dostupné v co největším rozsahu a na celém území České republiky (Svatošová, 2008, s. 118-122).

Například nezisková organizace Cesta domů má na svých stránkách uvedené základní podmínky pro přijetí do péče domácího hospice. V rámci této služby je i podmínka, že musí pacient pobývat v Praze, není však nutný trvalý pobyt v Praze. Do péče může být přijat nevyлéčitelně nemocný pacient, u kterého je prognóza jen v řádu týdnů a který má možnost mít zajištěnou celodenní péči blízkou osobou (Cesta domů, 2020a). Poslední zmíněné může být problém, a tudíž jsou nutné další formy hospicové péče.

Stacionární hospicová péče

V tomto případě se jedná o zařízení, kde pacient pobývá během dne, ale večer či odpoledne je opět dopraven domů. Pro vybrání této formy péče můžeme mít několik důvodů: diagnostický, psychotherapeutický, léčebný ve smyslu tišení bolesti, podávání chemoterapie. Posledním důvodem je důvod azylový, který bychom mohli označit odlehčovacím pro rodinu. Nevýhodou stacionární hospicové péče je skutečnost, že je dostupná jen pro rodiny s velmi blízkou vzdáleností od hospice. Tato forma je v českém prostředí novější a je mnohem méně zastoupená (Svatošová, 2008, s. 118-122). V případě využití této služby mohou oproti mobilnímu hospicu blízcí klienta dále pokračovat v zaměstnání (Cimrmannová, 2020, s. 76-77).

Lůžková hospicová péče

Hlavní snahou lůžkových hospiců je přizpůsobit služby zvykům a způsobu života klienta. Návštěvy jsou možné kdykoliv, jsou vnímány jako součást péče. Měla by zde být velká míra individualizace péče, takže každý klient vstává kdy chce a tráví čas tak, jak si přeje on. Nejsou zde pevně stanoveny žádné harmonogramy,

jako je tomu v některých jiných zařízeních, kde jsou klientům předepsány časy jídla, koupání a další aktivity (Svatošová, 2008, 118-121).

Dále fungují paliativní týmy v nemocnicích, paliativní ambulance (Kalvach in Matoušek, 2013, s. 374-375). Kromě uvedených hospiců pro dospělé jsou také hospice dětské a perinatální. Jak uvádí Kožuszniková (2015, str. 58): „*Dětská paliativní péče má v kontextu paliativní péče specifické postavení. Jednak z důvodu odlišného přístupu k chápání smrti u dětí (Yalom, 2006. Faulkner, 2001) a jednak proto, že dlouho trvající progresivní onemocnění dítěte má významné fyzické, psychické, sociální a finanční dopady na celou rodinu dítěte (Gurková, Andraščíková, Čáp, 2014).*“

Perinatální hospice se zaměřují na podporu a doprovázení rodiny v těžké životní situaci, kdy se očekává narození dítěte s vážnou diagnózou a krátkou délkou života. Cílem je umožnit rodičům prožít s miminkem co nejkvalitnější čas a s respektem se s ním rozloučit. Nejedná se o místo, ale přístup, péče probíhá v domácím prostředí nebo v porodnici, dle preferencí rodičů. (Perinatální hospic, 2014)

1.4 Sociální a psychosociální pracovník

Definici sociálního pracovníka nalezneme v Zákoně o sociálních službách 108/2006, kde v osmé části najdeme Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, kde je v § 109 přesně definováno, co spadá do agendy sociálního pracovníka - „, *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.*“

Sociální pracovník by podle uvedeného zákona měl mít tyto předpoklady: bezúhonnost, zdravotní způsobilost, plnou svéprávnost a odbornou způsobilost, vše je v zákoně ještě blíže specifikováno. K odborné způsobilosti je nezbytné další vzdělávání, které je v zákoně také zakotveno, jako povinnost zaměstnavatele

umožnit svému zaměstnanci vzdělávání minimálně v rozsahu 24 hodin za rok. V zákonu najdeme konkrétní formy vzdělávání.

Nutnost dalšího profesního rozvoje a zájem o novinky v oboru potvrzuje také Marie Svatošová ve své knize (Svatošová, 2008, s. 115).

Nezřídka kdy bývá také jako předpoklad a nástroj sociálního pracovníka uváděna osobnost pracovníka, jeho povahové rysy jako empatie, ochota, laskavost (Kopřiva, 2016, s.14-15).

Psychosociální pracovník

Tuto pozici vykonává sociální pracovník, který absolvoval psychoterapeutický výcvik, nebo je aktivním účastníkem tohoto výcviku (Cesta domů, 2020a).

Zátěž sociálního pracovníka

Zátěž je pojem, který se v této práci velmi často objevuje, a proto je nezbytné se s ním blíže seznámit. Občas je chybně zaměňována se stresem, oba termíny jsou spolu úzce spjaty, avšak nelze je libovolně zaměnit.

Zátěž je vyrovnání se se všemi požadavky, které musí jedinec vyřešit, většinou v takové míře, že to není pro člověka náročné. Zátěž může být také pozitivní (Hladký, 1999, s. 7-11).

Stres je stav, kdy se na člověku nepříznivá situace promítne, jak po fyziologické stránce (pocení, svalové napětí, pocení...), tak také po stránce psychické (strach, úzkost...). Pro tělo bývá stres negativní, zatímco psychicky to může člověka i posunout. Stres může být krátkodobý (akutní) nebo dlouhodobý (chronický). Stres můžeme označit jako zátěž, která je pro jedince těžko zvládnutelná a může mít negativní dopady na zdraví a psychiku člověka.

Vztah mezi zátěží a stresem je následující, zátěž je předpokladem stresu. Ne každá zátěž ale vede ke stresu. Zda se zátěž stane stresem, závisí na mnoha faktorech, a to na intenzitě a délce trvání zátěže, individuálních vlastnostech člověka (např. odolnosti, copingových strategií), dostupnosti zdrojů (např. sociální podpora). Zátěž bychom mohli rozdělit na tři skupiny – biologická, fyzická a psychická zátěž (Hladký, 1999, s. 7-11).

1.5 Sociální práce v hospicové péči

Práce sociálního pracovníka v hospicové péči obnáší příjem klientů do péče, s tím související vstupní sociální šetření, dále obecní, ale také odborné poradenství, což znamená také seznámení klienta s možnostmi, limity, právy a nabídkou služeb. Vedení dokumentace, svolávání multidisciplinárního týmu, pomoc s vyřizováním dávek, důchodů, možná pomoc při vyřizování pozůstalosti či organizace pohřbu také spadá do pracovní náplně sociálního pracovníka v hospicové péči. Dále tam patří spolupráce s OSPOD v případě úmrtí rodiče nezletilých dětí. A také podpora a komunikace s rodinou, případně dohledávání příbuzných, které chce klient před smrtí vidět či zprostředkování kontaktu s duchovními. Často také sociální pracovník organizuje setkání pozůstalých. (Sociální práce, 2020)

Roli sociálního pracovníka v hospicové péči představuje Svatošová následovně: *„Sociální pracovník se zaměřuje na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby. V tom je jeho hlavní přínos pro práci multidisciplinárního týmu. Nabízí praktickou i emoční pomoc jak nemocným, tak i osobám pečujícím o terminálně nemocné. Musí být schopen pomoci i ve složitých situacích, kdy potřeby nemocného a osob pečujících jsou v konfliktu. Musí mít přehled o dostupnosti vhodných služeb pro podporu terminálně nemocných a jejich rodin, musí vědět, co nabízí státní i nestátní sektor. Musí být schopen pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu.“* (Svatošová in Matoušek et al., 2010, str. 205)

Již z výše zmíněné definice je patrné, že práce sociálního pracovníka v hospicové péči je značně rozsáhlá. Je nutno nahlížet na člověka celistvě, používat takzvaný holistický přístup. S tímto přístupem také souvisí potřeby umírajících, které bychom měli v práci s klientem a jeho rodinou vnímat.

Potřeby umírajícího

Mezi potřeby umírajícího řadíme potřeby biologické, psychologické, spirituální a sociální.

Biologické potřeby jsou také označovány jako tělesné či fyzické. Mezi tyto potřeby můžeme zařadit přijímání potravy, osobní hygienu, vyměšování, nerušený spánek, ale také tlumení bolesti.

Mezi **psychologické potřeby** bychom mohli zařadit pocit bezpečí, který je velmi často vázán na pravdivé informování, dále možnost se sám svobodně rozhodovat a s tím také související respekt a důstojné zacházení, příležitost vyjádřit a sdílet své obavy. Psychologické potřeby jsou často propojeny se sociálními a někdy bývají společně označovány jako psychosociální potřeby, například potřeba komunikovat s rodinou a blízkými.

Spirituální potřeby jsou v terminálním stádiu klienta často směřovány k víře, smíření, ale také naději. Často je součástí spirituální potřeby bilancování a zhodnocování života. Někdy je také s touto potřebou spojené téma odpuštění.

Sociální potřeby jsou vázané na vztahy, můžeme sem zařadit například potřebu nebýt opuštěn, zůstat v kontaktu s blízkými a komunikovat. Potřeba sdílet co právě klient prožívá a cítí. Můžeme sem také zařadit potřebu soukromí. Se sociálními potřebami se pojí velká provázanost služby na rodinu a blízké klienta, což bychom také mohli označit za jakési specifikum (Svatošová, 2008, s 18-20), (Cimrmanová, 2020, s. 74-77), (Šámalová, Prokopová in Matoušek, 2022, s. 95-100).

Klienta vnímáme ve všech těchto rovinách a vnímáme jej jako jedinečnou bytost a přistupujeme tak k němu (Svatošová, 2008, s. 36-37). V hospicové péči je tedy snahou vyjít vstříc klientovi s jeho přáním, jak chce zbývající čas naplnit. Pro pracovníka to znamená včasná komunikace, která je citlivá. Doba na intervenci a pomoc je zde výrazně omezenější, než při řešení jiných problematických situací v sociální práci.

Pět fází umírání

Pro pracovníky pracující v hospicové péči je velmi přínosné, pokud se vyznají a umí pracovat s pěti fázemi truchlení dle Elisabeth Kübler-Rossové, někdy označované jako pět fází umírání, či ztráty. Tyto fáze je třeba vnímat nejen v kontextu s pacientem, ale i s jeho okolím. Zároveň je nutné nevnímat tyto fáze a jejich řazení dogmaticky. Častokrát se některé fáze vracejí nebo se mohou prolínat. Stále platí důležité pravidlo, že každý je jiný a je nutné s každým pracovat

a komunikovat individuálně (Svatošová, 2008, s. 23-26), (Kübler-Ross, 2015, s 51-127).

První fází je **popírání**. V této fázi klient a jeho rodina popírají přítomnost závažné diagnózy, odmítají tuto skutečnost přijmout. V této fázi je důležité, aby pracovník získal důvěru klienta a jeho rodiny. Jak moc klient svou diagnózu popírá, závisí obvykle také na tom, jak mu byla diagnóza sdělena, zda mu to bylo řečeno empaticky. K částečnému popírání dojde u většiny klientů (Kübler-Ross, 2015, s. 51-63).

Druhou fází je fáze **agrese** nebo také hněvu, vzteku a vzpoury, kdy klient hledá viníka. Má pocit nespravedlnosti, přemítá, zda někdo něco nezanedbal. V této fázi by měl pracovník být trpělivý a měl by nechat klienta si prožít emoce a nebrat si osobně, pokud se klient chová podrážděně (Kübler-Ross, 2015, s. 64-97).

Poté následuje fáze **smlouvání**, tato fáze může probíhat bez povšimnutí blízkých a pracovníků, protože se může odehrávat jen v mysli klienta. Mnohdy je smlouvání spojeno s duchovním světem klienta. Občas bývá za sliby a smlouváním pocit viny a je dobré, když tomu personál věnuje pozornost. V této fázi se může také objevit touha zkusit léčitele, nové léky a metody (Kübler-Ross, 2015, s. 98-100).

Čtvrtá fáze je fáze **deprese**. Klient prožívá strach, smutek, ztrátu, jak již utrpenou, tak také hrozící. V této fázi je důležité, aby pracovník klientovi naslouchal a případně společně hledali řešení, pokud daná situace má řešení, například zajištění závěti, zabezpečení rodiny a podobně. Klient může také v této fázi chtít urovnávat vztahy, které se během života poškodily (Kübler-Ross, 2015, s. 101-126), (Svatošová, 2008, s. 23-26).

Poslední fází je fáze **smíření/akceptace** – pokud měl klient možnost projít všemi fázemi, tak nyní není naštvaný ani v depresích. Nelze však brát tuto fázi pozitivně, jde spíše o neutrální fázi, kdy klient už nemá mnoho sil. Velkou míru opory od pracovníků potřebuje také rodina klienta (Kübler-Ross, 2015, s. 127-153).

Musíme mít během celé spolupráce na paměti, že to, že se v nějaké fázi nachází pacient, neznamená, že i jeho okolí a blízcí jsou ve stejné (Svatošová, 2008, s. 23-26).

Časové hledisko

Za specifikum práce v hospicové péči můžeme označit dělení práce z časového hlediska. Dělit ji můžeme na následující tři části. **Prea finem** – jedná se o období péče od zjištění diagnózy do příchodu terminálního stádia. V této fázi je důležité, aby nenastala takzvaná sociální smrt – tedy oddělení se od sociálních vazeb a tím doprovázející nástup samoty.

In finem – péče v době umírání. Pracovník doprovází během umírání nejen klienta, ale také jeho rodinu. V této chvíli je nezbytný respekt. Po smrti klienta nastává poslední stádium a tím je stádium **Post finem** – neboli péče po smrti. Péče po smrti zahrnuje například informování pozůstalých, pomoc s pohřbem, doprovázení pozůstalých v této situaci bývá i dlouhodobé (Jankovský, 2018, s. 157-158), (Svatošová, 2008, s. 122-123).

Pracovník v hospicové péči by se neměl věnovat jen jedné fázi. Často je společností vnímaná jen fáze in finem, ale pracovník by tu měl být pro klienta a jeho rodinu i v ostatních fázích (Svatošová, 2008, s.122-123).

Velmi důležité v rámci práce nejen sociálního pracovníka v hospicové péči, ale obecně v práci s klientem, je myslet na rozdílnost osobností a situací a přistupovat k jednotlivým klientům individuálně. Nemůžeme očekávat jeden správný postup, kterým bychom se mohli neustále řídit (Svatošová, 2008, s. 148). V hospicové péči to může znamenat například pomoc rodinám s rozdílným vnímáním blížícího se odchodu blízké osoby, a to i následně po smrti klienta. Také je třeba individuální přístup vzhledem k věku a rodinnému stavu klienta. Sociální pracovník v hospicové péči vykonává jiné pracovní úkony například při smrti mladé matky nezaopatřených dětí oproti odchodu seniora.

Týmová spolupráce

Týmová spolupráce je v rámci hospicové péči skutečně podstatná. V týmu by měli mít všichni stejný cíl, měli by se vzájemně podporovat. Všichni členové týmu by se měli vzájemně vnímat na stejné úrovni. To celé pozitivně ovlivňuje celkovou atmosféru, a to má vliv na klienta i jeho blízké. Týmovost by měla být v rámci multidisciplinárního týmu taková, že každý ví, co má dělat, jaké jsou jeho povinnosti a kde jsou hranice jeho práce. Součástí týmu obvykle jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci/psychosociální pracovníci, psychologové /psychoterapeuti, duchovní. Například v organizaci Cesta domů jsou také odlehčovací asistenti a dobrovolníci. V týmu by také mělo bezproblémově fungovat předávání informací mezi zaměstnanci (Marková, 2023, s. 12-15), (Cesta domů, 2020a).

Spolupráce s rodinou/blízkými

V rámci sociální práce je mnoho sociálních služeb, kde se pracuje jen s klientem a rodina není sociálním pracovníkům známa. Například pokud se jedná o službu, kde může být klient anonymně, jako jsou nízkoprahová zařízení. V hospicové péči je naopak vysoce podstatná spolupráce s rodinou a blízkými. Pracovník zde je jako opora pro rodinu a bývá s ní v kontaktu i dále po smrti klienta, v době zármutku.

Komunikace

Na spolupráci s rodinou a blízkými navazuje také další důležitý aspekt v hospicové péči a tím je komunikace. Hned v úvodu práce s klientem je třeba, aby byl vytvořen příjemný a bezpečný prostor, aby se důvěra mezi klientem a pracovníkem tvořila snáze.

V pomáhajících profesích je velmi důležitý vztah mezi klientem a pracovníkem (Kopřiva, 2016, s. 14-28). Špatná a nevhodná komunikace může uškodit, nebo také vést k nepochopení a nedorozumění. Klient by měl být informován, díky tomu se může i lépe v určitých aspektech rozhodovat. Častým podtématem komunikace s klientem je sdělování diagnózy a prognózy a s tím spojené sdělování pravdy.

Svatošová (2008, s. 14) ve své knize uvádí, že mezi nejčastější pochybení můžeme zařadit buď milosrdnou lež nebo pravdu, která není vhodně sdělena. Na to navazuje

Marková (2023, s. 150), ve své knize má kapitolu věnovanou komunikaci, kde uvádí, že komunikace by měla být citlivá a pravdivá. Svatošová (2008, s. 18-21) píše také o důležitosti komunikace v agónii klienta. Mimo verbální komunikaci můžeme vnímat i důležitost neverbální komunikace v pomáhajících profesích, jako například haptiky – doteky (Jankovský, 2018, s. 148).

Dříve vyslovené přání

Aby klient mohl o sobě rozhodovat i v momentě, kdy to ze zdravotních důvodů nebude možné, má možnost využít institut dříve vysloveného přání. Jedná se o právní dokument, kde klient uvede, co si v rámci péče přeje, či nepřeje, například pokud klient chce být ožívován, jak vnímá umělé podávání výživy, dýchací přístroj a jiné.

Dříve vyslovené přání musí splňovat jisté náležitosti. Musí mít písemnou formu, obsahovat poučení lékaře, úředně ověřený podpis klienta, případně svědka. Sociální pracovník by se měl v této oblasti orientovat, vzhledem k tomu, že pracuje s klientem v momentech, kdy může být dříve vyslovené přání využito, případně by měl být schopen o tomto dokumentu klienta dostatečně informovat (Cesta domů, 2020b), (Špinková, Mlynáriková, 2020, s. 51-54), (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Vyrovnání se s vlastní smrtelností

Za specifikum a zároveň zátěž práce s klienty, kteří jsou blízko smrti, lze označit vyrovnání se s vlastní smrtelností. Smíření se s vlastní smrtelností je nezbytné pro pracující s touto cílovou skupinou (Svatošová, 2008, s. 115-116).

2 Sebepéče a profesní sebepéče

V této kapitole bude blíže představena sebepéče a její druhy, také pojem profesní sebepéče a možná rizika absence profesní sebepéče, jako je syndrom vyhoření či únava ze soucitu. Duševní hygiena a péče o sebe jsou pojmy, které jsou občas zaměňovány, jedná se o pojmy, které spolu úzce souvisí, nejedná se však o synonyma. Obojí se zabývá psychickým zdravím jednotlivce. Duševní hygiena vede k udržení a posílení duševního zdraví a odolnosti člověka. Zahrnuje jak preventivní opatření, tak i aktivní kroky k zvládnání stresu, posilování psychické pohody a budování vyrovnané osobnosti. Oproti tomu péče o sebe je širší pojem, který zahrnuje obecně všechny aktivity a praktiky, které jedinec provádí pro svoje blaho. (Kaczor, 2019, str. 13)

Najít v literatuře jednotnou definici sebepéče je nemožné, ale představíme si několik definic, které nám tento pojem přiblíží.

Pojem sebepéče je sice v současné době již poměrně dosti užíván, ale co to vlastně sebepéče znamená? Butler (2019, s. 107) datuje rozšíření používání termínu sebepéče až na konec 90. let minulého století, kdy se začala řešit rizika na pracovišti a tento termín byl spojován s prací. Dnes již není sebepéče vnímána jen v kontextu práce. Oproti tomu Miller a Grise-Owens (2018, s. 1045) datují počátek pojmu sebepéče v kontextu lékařské prevence již do 60. let minulého století.

WHO definuje sebepéči jako: *„schopnost jednotlivců, rodin a komunit podporovat zdraví, předcházet nemocem, udržovat zdraví a vyrovnávat se s nemocí a postižením s podporou zdravotnického pracovníka nebo bez něj.“¹ (překlad vlastní)*

Lee a Miler (2013, s. 98-99) rozdělují sebepéči na osobní a profesní péči a definují ji následujícím způsobem: *„Osobní péče o sebe je definována jako proces cílevědomého zapojení do postupů, které podporují holistické zdraví a pohodu sebe sama, zatímco profesní péče o sebe je chápána jako proces cílevědomého zapojení*

¹ Self-care is the ability of individuals, families and communities to promote health, prevent disease, maintain health, and cope with illness and disability with or without the support of a health worker.

do postupů, které podporují efektivní a vhodné využití sebe sama v profesní roli v kontextu udržení holistického zdraví a pohody.“² Str.3, (překlad vlastní)

Jak již bylo uvedeno, sociální pracovník je velmi často vystaven stresovým, náročným a také krizovým situacím. Aby tím nebyl poznamenán a aby byl schopný dále efektivně a kvalitně pomáhat, je nezbytná sebepéče. Hlavním cílem sebepéče je eliminovat negativní důsledky a pokud se již nějaké negativní důsledky objeví, tak aby pracovník věděl, jak s nimi efektivně pracovat. Dalším cílem sebepéče je, aby se pracovník cítil dobře. Součástí sebepéče je tedy také podpora zdravého fungování a zlepšování nálady. To již není specifikum pouze pro pomáhající profese, a tak na to můžeme nahlížet v celospolečenském kontextu (Butler, et al., 2019, s. 107-108).

Jak bylo již v této práci napsáno, podstatná pro činnost sociálního pracovníka je jeho povaha a osobnost. Z toho pramení nutnost pracovníka se starat o sebe a své duševní zdraví.

Píše o tom také Límová (2023), která uvádí, že sám pracovník je jakýmsi nástrojem pomoci, a proto je nutné, aby sám o sebe pečoval, protože i to ovlivňuje kvalitu práce a tím pádem to má dopad i na samotného klienta.

Hubíková (2019, s. 10) uvádí, že práci sociálního pracovníka lze označit za stresovou a tento stres, pokud se stane chronickým, může nepříjemně ovlivnit nejen práci sociálního pracovníka, ale také jeho zdraví, a to se může dále projevovat v dalších rovinách života sociálního pracovníka. Tato rizika se netýkají pouze sociálních pracovníků, ale obecně všech pomáhajících profesí.

Mnoho autorů se shoduje na tom, že přestože pracovníci vnímají důležitost sebepéče jako nezbytnou součást práce, je jí pozornost věnovaná jen okrajově (Límová 2023), (Hubíková, 2019, s. 9-10).

Svatošová ve své knize uvádí, že by pracovník měl vědět, jak doplňovat vlastní energii, sílu a lásku. I toto je odkaz na sebepéči zaměstnanců (Svatošová, 2008, 115-116).

² Personal self-care is defined as a process of purposeful engagement in practices that promote holistic health and well-being of the self, whereas professional self-care is understood as the process of purposeful engagement in practices that promote effective and appropriate use of the self in the professional role within the context of sustaining holistic health and well-being.

2.1 Charakteristika a druhy sebepěče

Potřeby klienta bychom měli vnímat v rámci čtyř oblastí a přistupovat podle toho k němu. Tyto oblasti se snaží vnímat celistvě pacienta a stejně tak celistvě bychom měli pečovat sami o sebe. Podle Butler (2019, s. 108-109) máme šest dimenzí/oblastí, kterým bychom měli věnovat pozornost, a to konkrétně fyzickou, profesní, vztahovou, emocionální, psychologickou a duchovní.

V této práci bude věnován největší prostor pracovní sebepěči, ale postupně se seznámíme se všemi. Do jisté míry lze říci, že tyto oblasti korespondují s Maslowovou pyramidou potřeb (Butler et al., 2019, s. 109).

Fyzické sebepěče neboli péče o vlastní tělo je velmi provázána se zdravým životním stylem. V rámci dobrého životního stylu je třeba dodržovat správnou spánkovou hygienu. Pravidelné a zdravé stravování je další faktor, který silně ovlivňuje nejen fyzický, ale také duševní stav. Velmi podstatný aspekt pro fyzické i psychické zdraví je pohyb, ať už se jedná o procházky po okolí, běh, posilování, plavání, jógu či jakýkoliv jiný sport. Pohyb může ovlivnit i spánek a náladu. Mezi fyzickou sebepěči bychom mohli zařadit také zdravotní péči, což v praxi znamená pravidelné preventivní prohlídky u praktických i specializovaných lékařů a pravidelné užívání léků, které má pracovník předepsané (Butler et al., 2019, s. 109-110); (Moore, 2011, s. 6-7), (Kodymová et al., in Matoušek, 2022, s. 495-501).

Výše zmíněné aktivity ovlivňují nejen fyzickou stránku člověka, ale i následující dimenze. Ty si jsou vzájemně velmi blízké a nezdá se, kdy se prolínají.

Do **vztahové sebepěče**, jak již název napovídá, zařazujeme vztahy a péči o vztahy, jejich údržbu a prohlubování, zároveň také budování nových vztahů. Právě budování a rozšiřování nových vztahů má pozitivní vliv na člověka. V této oblasti nám jde především o budování a udržování funkční sociální sítě, která je pro nás potřebná nejen v zátěžových situacích, ale i pro udržení pohody. Do této oblasti můžeme zařadit nejen vztahy v rámci rodiny, zaměstnání, blízkých, přátel, ale také vztahy k domácím zvířatům. (Lee, Miller, 2013, s. 98-100), (Butler et al., 2019, s. 109-114), (Kodymová et al. in Matoušek, 2022, s. 495-501).

Emocionální sebepéče se zabývá emocemi, jejich vnímáním a zpracováváním, zároveň také eliminací negativních prožitků a posílením těch pozitivních. Je žádoucí, aby pracovník věděl, co na něho kladně působí a znal své chování při těžkých situacích. Měli bychom vědět, zda se pracovník nechová maladaptivně (užívání alkoholu, drog, tabáku či nadužívání léků) (Butler, 2019, s. 114-116). Do emocionální sebepéče můžeme zařadit aktivity jako je poslech hudby, sledování filmů, seriálů, psaní si deníku a také možnost vyjádření svých pocitů (Butler, 2019, s. 114-116), (Moore, 2011, s. 4-6), (Kodymová et al. in Matoušek, 2022, s. 495-501).

Psychologická sebepéče je s emocionální občas vnímána jako jedna a tatáž. S ostatními oblastmi těsně souvisí. Tato sebepéče souvisí s naší myslí a s tím, jak sami k sobě přistupujeme. Konkrétně může vypadat například tak, že si vytvoříme čas pro sebe a děláme to, co nás naplňuje a dělá nám radost, například čtení, ale také rozhovor s blízkými. Můžeme sem také zahrnout již uvedené psaní deníku a s tím spojenou reflexi a sebereflexi, dále navštěvování psychoterapií, omezení internetu a sociálních sítí a mnoho dalšího (Butler, 2019, s. 116-117), (Kodymová et al. in Matoušek, 2022, s. 495-501).

Duchovní sebepéče nebo také spirituální sebepéče je úzce propojena s vírou. Zároveň není víra jediným aspektem této oblasti, někteří například vnímají spirituální sebepéči skrze přírodu. S vnitřním spirituálním světem můžeme pracovat také skrze meditaci či mindfulness (Hubíková, 2019, s. 17-20). Důležité je vnímat co cítíme jako náš možný smysl života a co nás s okolím propojuje. (Butler, 2019, s. 117-119)

2.2 Profesionální sebepéče

Profesionální sebepéče je spojena s profesionální sférou života. Člověk v práci tráví velké množství času, proto je nezbytné o sebe pečovat i v této oblasti. *„Profesionální péče o sebe je proces záměrného a cílevědomého zabývání se činnostmi a zapojování se do činností, které podporují efektivní a vhodné využívání „self“, vlastní osoby, v rámci naplňování profesionální role sociálního pracovníka.“* (Hubíková, 2019, str. 3)

Snahou profesní sebezpečí je, aby pracovník byl schopen kvalitně, efektivně a dlouhodobě pracovat a aby byl spokojený. Sebezpečí se snaží, aby stres na pracovišti byl co nejmenší a pokud se stres objeví, aby pracovník věděl, jak s ním naložit. Díky tomu můžeme sebezpečí vnímat jako prevenci syndromu vyhoření. (Butler, 2019, s. 110-112) Jak uvádí Hubíková (2019, s. 61-63), je nutné, aby sebezpečí u sociálních pracovníků nebyla jen v jejich osobní režii, ale byla více systémově nastavena.

Pracovní stres může vznikat z mnoha důvodů, ať již vlivem špatných mezilidských vztahů na pracovišti – s kolegy, vedením, tak také k pracovnímu stresu přispívají špatné pracovní podmínky, přetížení, ale také nedostatek práce, nejednoznačná náplň práce, malé platové ohodnocení, špatná organizace času, nejistota v zaměstnání či nedostatečná supervize. Pro fungování jak v profesním, tak osobním životě je nutná rovnováha mezi těmito oblastmi a schopnost tyto oblasti od sebe oddělit (Butler, 2019, s. 110-112), (Hubíková, 2019, s. 56-60), (Kodymová, 2021, s. 153-157).

Mezi nástroje sebezpečí můžeme zařadit například plán péče o sebe i nouzový plán, supervize, mindfulness, sebezkušnostní výcvik či psychoterapii, správný time-management, příjemné pracovní prostředí. (Neumannová, 2024 s. 27-32)

Pokud budeme na sebezpečí nazírat jako na povinnost, za kterou je někdo zodpovědný, můžeme se ptát, kdo je tím zodpovědným. Tuto povinnost by měl vnímat nejen samotný pracovník, ale také jeho zaměstnavatel, který má kromě zákonných povinností, stejně jako jakýkoliv jiný zaměstnavatel, povinnost například umožnit zaměstnancům dovolenou, přestávky v práci a mnoho dalšího. Dle zákona 108/2006 o sociálních službách musí zaměstnavatel umožnit zaměstnancům další vzdělávání. Další povinnosti můžeme najít také v zákoníku práce.

Co se týká supervize, která je pro téma sebezpečí sociálních pracovníků velmi podstatná, tu upravuje Vyhláška č. 505/2006 Zákona č. 108/ 2006 Sb. O sociálních službách. Kde najdeme v části VIII., Příloze č. 2, bod 10., kritériu e) „*Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného pracovníka.*“ Z této citace je zřejmé, že vyhláška přímo nevymezuje supervizi, ale

tato podpora nezávislého pracovníka bývá ve většině zajištěna právě supervizí. Jako rizikové můžeme vnímat vymezení vyhlášky a sice *pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami*. Supervize je však přínosná nejen pro pracovníky, kteří vykonávají přímou práci. A také ve vyhlášce chybí frekvence, jak často by měla supervize probíhat. Právě frekvence je u supervize velmi podstatná.

V rámci profesní sebepěče je nutné, aby pracovní prostředí bylo co nejpříjemnější, pracovníci se cítili dobře, pracovní podmínky byly podporující a pracovník se cítil motivován k rozvoji a plnění svého cíle. (Hubíková, 2019, s. 62-65)

2.3 Možná rizika absence sebepěče

Sociální práce je stresové povolání, to ve své práci hodnotí i Hubíková (2019, s. 9-12). A tak zanedbávání či absence péče o sebe s sebou nese jistá rizika. S absencí sebepěče je spjat syndrom vyhoření, únava ze soucitu či další.

Syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření je v současné době sice velmi často používán a dostává více prostoru, přesto nebo možná právě proto je nutné tomuto tématu věnovat prostor.

Syndrom vyhoření se objevuje převážně u pomáhajících profesí. Pracovník ztrácí chuť do práce až nakonec rezignuje na svou práci. (Jankovský, 2018, s. 172-179)

Syndrom vyhoření se neprojevuje jen v jedné oblasti, ale naopak v mnoha, a to konkrétně v duševní, emocionální a tělesné. Projevem duševního vyčerpání je například dehumanizace, která ovlivňuje práci pracovníka. Pracovník se ke klientům chová nepatřičně, například nevnímá klienty jako osoby, ale jako diagnózy. Klienty vnímá jako zdroj své nepohody. Emoční vyčerpání se projevuje pocitem bezvýchodnosti, depresiemi a labilitou. To často vede ke vzniku problémů ve vztazích. Tělesné vyčerpání se u pracovníka projevuje neustálým oslabením a únavou. To ovlivňuje jeho imunitu a odolnost vůči úrazům a nemocem. Často může nastupovat bolest hlavy, problémy se spánkem, trávením a mnoho dalšího. (Jankovský, 2018, s.172-179); (Maroon, 2012, s. 19-23), (Kebza, Šolcová, 2003)

Vyhoření se objevuje u jedinců, kteří jsou v začátcích práce velmi nadšení a angažovaní a mají velká očekávání. První fázi syndromu vyhoření je tedy fáze

nadšení. Pokud se však pracovníkovo očekávání nestřetává s realitou a motivace klesá, přichází vystrízlivění a pracovník se může přesunout do fáze stagnace. V této fázi dělá jen to nezbytně nutné. Následuje fáze frustrace, ta poté přeroste v úzkost a apatii, které jsou součástí fáze lhostejnosti a poté je již jen poslední fáze, kdy pracovník je vyhořelý a je nezbytná intervence. (Jankovský, 2018, s. 172-179), (Maroon, 2012, s. 38-39)

Míru vyhoření můžeme sledovat a měřit například skrze dotazníkovou šetření. Tyto nástroje diagnostikování je třeba poté vhodně vyhodnotit a dále s nimi pracovat. Používá se například MBI metoda, kterou vytvořily – Christine Maslach a Susan Jackson či dotazník BDG Pines vytvořen Ayalou M. Pines. Otázky se v obou dotaznících věnují například vyčerpání, únavě, frustraci a dalším emocím. (Jankovský, 2018, s. 172-179), (Maroon, 2012, s. 71-76)

U pracovníka, kterého postihl syndrom vyhoření, můžeme pozorovat například stanovování si úmyslně nízkých cílů, nezájem o další pracovní aktivity a špatné chování ke klientům. V případě, že se pracovníkovi nedaří, dává to za vinu okolí, klientovi, kolegům. (Maroon, 2012, s. 36-37)

Nežřídko kdy se u pracovníků trpících syndromem vyhoření můžeme setkat s nadužíváním alkoholu a jiných návykových látek, hovoříme o negativním přeladění. (Jankovský, 2018, s. 172-179)

Aby k syndromu vyhoření nedošlo, je důležitá prevence syndromu vyhoření. Mezi to můžeme zařadit opak negativního přeladění, a tím je pozitivní přeladění. To jsou aktivity, které nás naplňují, dělají nám radost, ať už je to sport, umění či jakákoliv jiná volnočasová aktivita. Za funkční bychom v rámci prevence syndromu vyhoření mohli považovat nejen odreagování se, ale také snahu hledat nové možnosti a postupy a bránit se tak rutině. Snažit se o co nejlepší pracovní prostředí. Velmi dobrým nástrojem prevence syndromu vyhoření je supervize jak skupinová, tak také individuální. (Jankovský, 2018, s. 172-179); (Svatošová, 2008, s. 137-138)

Únava ze soucitu

Zatímco syndrom vyhoření je už ve společnosti poměrně známým pojmem, únava ze soucitu se teprve do povědomí lidí dostává.

„Únava ze soucitu je vymizení popudu pomáhat, podporovat nebo jakkoli přivodit úlevu. Již nejsme dále schopni vcítit se do utrpení svých klientů, místo toho začínáme jejich potíže zlehčovat (...)“ (Rohwetter, 2022, str.21) Pracovník v takové situaci bývá netrpělivý, má pocit bezmoci, ztrácí smysl pro humor. Únava ze soucitu nemusí být jen individuální, ale také týmová. (Rohwetter, 2022, s. 21-25)

Sekundární traumatický stres

Dalším důležitým pojmem, který se do jisté míry týká sebepěče je sekundární traumatický stres neboli zástupné trauma. Sekundární traumatický stres je trauma, které zažil klient, ale pracovník jej cítí jako kdyby to prožil on sám a limituje ho to v další práci. Oproti syndromu vyhoření pracovník nevnímá klienty jako problém. Všechny výše uvedené diagnózy mají společné to, že vznikají vlivem osobní nerovnováhy. (Kodymová et al. in Matoušek et al., 2022, s. 495-501); (Rohwetter, 2022, s. 31-32)

2.4 Sebepěče v kontextu etiky

Etika je: „*nauka zabývající se správným (obvyklým) jednáním v lidském společenství*. Jako definici můžeme použít následující: *etika je filozofickou vědou o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit společné a obecné základy, na nichž morálka stojí.*“ (Jankovský, 2018. str. 26–27) Profesní etiku můžeme nazvat kompasem pro etické chování v profesích, které je definované etickými kodexy. V České republice se začaly profesní etické kodexy více rozšiřovat a vznikat po roce 1989. Ty mají za úkol ukotvit cestu za profesními cíli. (Jankovský, 2018, s. 26-28)

V českém prostředí

V České republice můžeme nalézt několik etických kodexů týkajících se sociálních pracovníků. Co se týká klientů, pro ně jsou podstatné například: Etický kodex práv pacientů či Charta práv umírajících. Přímo pro sociální pracovníky je zde například Etický kodex sociálních pracovníků a členů Profesního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách APSS ČR. Avšak pro sociálního pracovníka v České republice je závazný etický kodex společnosti sociálních pracovníků, ten musí dodržovat. (Jankovský, 2018, s. 261-277)

V Etickém kodexu společnosti sociálních pracovníků ČR je vymezen vztah pracovníka ke klientovi, zaměstnavateli, povolání a odbornosti, společnosti a kolegům, avšak sám pracovník je zde v podstatě vynechán. Co stojí za zmínku je bod 2. 4. 4. „*Sociální pracovník je ve vztahu ke svému povolání a odbornosti – zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy*“

Nutno podotknout, že tento kodex je z roku 2006, oproti tomu Etický kodex sociálních pracovníků a členů Profesního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách APSS ČR, který je novější, byl přijat v roce 2017 a více se zaměřuje na sebepěči. Níže jsou uvedeny body, které v *etickém kodexu sociálních pracovníků a členů Profesního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách APSS ČR*, se věnují sebepěči. V tomto etickém kodexu je část 1.3 Etická zodpovědnost vůči profesi a odbornosti soc. pracovníka

(...) sociální pracovník:

- *Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.*
- *Má právo i povinnost pečovat o své zdraví a duševní hygienu tak, aby byl schopen vykonávat kvalitní a profesionální sociální práci.*
- *Prosazuje své právo na odbornou podporu.*
- *Zodpovědně nakládá se svými profesními kompetencemi, chrání klienta před vznikem závislosti na sociální práci a osobě sociálního pracovníka.*
- *Vyvažuje zodpovědnost vůči klientovi, profesi a sobě samému.*
- *Rozlišuje zájmy klienta, profese a zájmy své. V případě konfliktu zájmů hledá podporu a optimální řešení.*
- *Má právo ukončit sociální práci s klientem, pokud dlouhodobě nevede ke změně a vyřešení jeho nepříznivé sociální situace. K rozhodnutí ukončit sociální práci s klientem může využít multidisciplinární tým a podporu kolegů. (Etický kodexy, 2017, str. 3)*

V druhém bodě můžeme vidět přímý odkaz na sebepěči, kde je uvedeno, že pracovník je povinen pečovat nejen o své fyzické zdraví, ale také duševní. Tato nutnost je spojena také s efektivitou a profesionálním přístupem k práci sociálního pracovníka. Z kodexu je patrné, že středem zájmu není jen klient, ale i pracovník.

To je přínosné pro všechny strany, pro klienta, pracovníka, ale také pro kolegy a zaměstnavatele.

Je přínosné, když daný zaměstnavatel má sebepéči uvedenou ve svém etickém kodexu. Například organizace Cesta domů má ve svém etickém kodexu část, která se věnuje tématu vztahu pracovníka k sobě samému. Není zde sebepéče přímo pojmenovaná, avšak můžeme zde v jednotlivých bodech nalézt prvky týkající se sebepéče. Najdeme zde téma vzdělávání, profesní rozvoj a další. Pracovníci by měli být přítomní na supervizích, měli by být schopni oddělit svoji práci od osobního života. Dále je zde uvedeno, že by měl pracovník pečovat o své zdraví, a to nejen fyzické, ale také psychické. Důraz je také kladen na nutnost regenerace a péči o své zdroje. (Cesta domů, 2019) – Pokud nalezneme v etickém kodexu zmínku o sebepéči, můžeme to vnímat pozitivně, že je v daném zařízení tomuto tématu věnovaný prostor. Nutno podotknout, že to ovšem neznamená, že to je v praxi aplikováno.

V zahraničí

Hubíková (2019, s. 12) poukazuje na to, že v zahraničí je tématu sebepéče sociálních pracovníků věnována větší pozornost a důležitost. V zahraničí, ale postupně také v České republice, je snaha o zakomponování tohoto tématu do vzdělávání budoucích sociálních pracovníků. Blíže o tom píše ve své práci Neumannová (2024).

Límová (2023) ve svém textu upozorňuje na Mezinárodní federaci sociálních pracovníků, která má po aktualizaci ve svém etickém kodexu v části Professional Integrity následující: „*Sociální pracovníci mají povinnost podniknout nezbytné kroky k tomu, aby o sebe pečovali profesně i osobně na pracovišti, v soukromém životě i ve společnosti.*”³ (IFSW, 2018) (překlad vlastní) Součástí této federace je i Společnost sociálních pracovníků ČR.

Zároveň nás Límová také seznamuje s Etickým kodexem americké National Association of Social Workers (NASW). Etický kodex této organizace byl v roce 2021 aktualizován. V rámci aktualizace je sebepéče vnímána jako podmínka pro to, aby pracovník dělal svou práci efektivně. Text také upozorňuje na rizika spojená se špatným rozpoložením pracovníka při absenci sebepéče. Na to reaguje Apgar

³ 9.6 Social workers have a duty to take the necessary steps to care for themselves professionally and personally in the workplace, in their private lives and in society. (IFSW, 2018)

a Mackaully (2023, 876-890), jestliže vnímáme sebepéči jako povinnost pracovníka, musíme brát zřetel na to, aby to nebyla pro pracovníka další zátěž. Musíme sledovat i další aspekty práce. Snažit se odhalit příčiny vzniku problému a řešit ho co nejkompexněji. Pokud budeme veškerou pozornost směřovat pouze k individuální sebepéči, nebude to s největší pravděpodobností trvalé řešení. Je třeba spolupracovat a snažit se měnit a rozvíjet veškeré podmínky a aspekty práce sociálního pracovníka.

3 Empirická část

Empirická část je věnována tomu, jak sociální a psychosociální pracovníci vnímají profesní péči o sebe a jaký jí věnují ve svém životě prostor. Cílem je zmapovat, jak k tomuto tématu přistupují pracovníci a samotní zaměstnavatelé. Nutno podotknout, že se jedná se o subjektivní pohled jednotlivých zaměstnanců/respondentů. V první pasáži empirické části jsou představeny výzkumné otázky, metoda sběru dat, výzkumný vzorek, průběh výzkumu a analýza dat. Poté jsou představeny výsledky výzkumu a následuje diskuze.

3.1 Výzkumná otázka

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak vnímají sociální pracovníci v hospicové péči profesní sebepéči a jak k ní přistupují a také jak o sebe pečují. K tomu je také nutné zjistit, co vnímají jako specifika svého zaměstnání. Z těchto cílů pramenily výzkumné otázky. Hlavní výzkumné otázky byly dvě a sice: **Jaká jsou specifika práce sociálního pracovníka v hospicové péči?** Druhou hlavní výzkumnou otázkou bylo: **Jak vnímají a přistupují sociální pracovníci k profesní sebepéči?** Tyto hlavní výzkumné otázky byly dále rozděleny na čtyři dílčí výzkumné otázky. Dílčími výzkumnými otázkami bylo: Co považují pracovníci jako specifikum v tomto zaměstnání? Co považují pracovníci v práci za zátěžové? Jaký je pohled pracovníků na sebepéči obecně? A poslední dílčí výzkumnou otázkou bylo: Jakou roli má v profesní sebepéči zaměstnavatel? Tyto výzkumné otázky byly poté přeformulované do tazatelských otázek, které měly za cíl u respondentů zjistit odpovědi na výzkumné otázky. Tento způsob polostrukturovaného rozhovoru byl vybrán pro povahu tématu a je ovlivněn prací Neumannové (2021, s. 37) Tazatelské otázky byly ještě doplněny otázkami, které v průběhu rozhovoru následně vystaly.

| 1HVO: Jaká jsou specifika práce sociálního pracovníka v hospicové péči? | |
|---|---|
| Dílčí výzkumné otázky | Tazatelské otázky |
| Co považují pracovníci jako specifikum v tomto zaměstnání? | 1. Čím si myslíte, že je práce sociálního pracovníka v hospicové péči specifická? |
| Co považují pracovníci v práci za zátěžové? | 2. Co vás v zaměstnání zatěžuje? |
| 2HVO: Jak vnímají a přistupují sociální pracovníci k profesní sebepéči? | |
| Dílčí výzkumné otázky | Tazatelské otázky |
| Jaký je pohled pracovníků na sebepéči obecně? | 3. Jaká je vaše podoba sebepéče? 4. Na kolik je pro Vás sebepéče důležitá? 5. Cítíte nějaká rizika, pokud byste sebepéči nevěnoval/a prostor? |
| Jakou roli má v profesní sebepéči zaměstnavatel? | 6. Jak vás zaměstnavatel podporuje v rámci profesní sebepéče? 7. Je něco, jak by vám zaměstnavatel mohl pomoci v rámci profesní sebepéče? |

Struktura rozhovoru, autor: Bařtipánová

3.2 Metoda sběru dat

Výzkum byl kvalitativní povahy a konkrétně formou polostrukturovaných rozhovorů. Bylo tak vybráno pro citlivou povahu tématu a také proto, že „*otevřenost a flexibilita polostrukturovaného rozhovoru dávají výzkumníkovi i dotazovanému možnost ujasňovat si průběžně přesný význam otázek i odpovědí, a takto zmenšovat riziko vzájemného nepochopení.*“ (Novotná, 2019, str. 322)

Během rozhovoru bylo tedy možné se doptávat a podle plynutí rozhovoru pokládat otázky. Pokud respondent na otázku již odpoví během svého povídání, není nutné otázku opakovat, výzkumník zde má částečnou svobodu, která je vzhledem k tématu žádoucí. „*U rozhovoru s rámcovou tematickou osnovou není pořadí témat*

neměnné, výzkumník flexibilně reaguje na odpovědi dotazovaného a sleduje linii vyprávění, nicméně obvykle se snaží položit všechny otázky, které si připravil.“ (Novotná, 2019, str. 322)

3.3 Etika výzkumu

Celý výzkum byl postaven na dobrovolnosti klientů, ta byla zaručena i během rozhovoru. Pokud by pracovníci během rozhovoru nechtěli na některou z otázek odpovídat, měli tu možnost. Respondentům bylo uvedeno téma a cíl bakalářské práce. Respondenti podepsali informovaný souhlas, kde bylo uvedeno a předtím i řečeno, že je zaručena jejich anonymita. Jejich jména jsou nahrazena čísly a v textu se nevyskytují ani názvy jejich zařízení. Rozhovor byl se souhlasem respondentů nahráván a tato nahrávka slouží pouze k přepisu rozhovoru. Všechny nahrávky budou po obhajobě smazány. Respondenti budou mít možnost kdykoliv nahlédnout na práci prostřednictvím digitálního repozitáře Univerzity Karlovy. Tato práce má také jisté limity. Mezi ty bychom mohli označit relativně malý vzorek (6 respondentů), a tak nelze tyto výsledky zobecnit. Dalším limitem je subjektivita, každý respondent, má svůj subjektivní pohled a je třeba na výsledky takto nahlížet.

3.4 Výzkumný vzorek a získání respondentů

Jako respondenti byli osloveni sociální a psychosociální pracovníci pracující v hospicích na území celé České republiky. Byli vyhledáni pomocí internetové stránky Umírání.cz, kde v sekci adresář jsou uvedeny hospice na území celé republiky. Osloveni byli skrze e-mailovou schránku. Konkrétně bylo osloveno 30 pracovníků, z nichž pozitivně odpovědělo 6, naprostá většina na e-mail nereagovala. Čtyři pracovníci se omluvili, že z časových důvodů nemají kapacitu na rozhovor. Byli osloveni jak sociální pracovníci, tak psychosociální pracovníci, výzkumu se účastnili jen sociální pracovníci. Respondenti byli ve věku od 32–51 let. Jednalo se o pět žen a jednoho muže. Pro zachování anonymity a lepší orientaci bude vždy používáno označení pracovník. Pracovníci byli z celé České republiky, pro zachování anonymity nebude blíže specifikováno, v jakých městech se hospice nacházely, jelikož se někdy jedná o jediný hospic v daném městě a také někdy o jediného sociálního pracovníka v daném zařízení. Délka praxe v hospicové péči u respondentů byla velmi rozmanitá, a to od 5 měsíců až po 10 let.

| Označení respondenta | Typ zařízení | Délka praxe | Pracovní pozice |
|----------------------|--|-------------|-------------------------------------|
| č. 1 | lůžkový hospic | 7 měsíců | sociální pracovník |
| č. 2 | domácí a lůžkový hospic | 10 let | sociální pracovník |
| č. 3 | mobilní specializovaná paliativní péče | 5 měsíců | sociální pracovník |
| č. 4 | domácí hospic | 2,5 roku | sociální pracovník/zdravotní sestra |
| č. 5 | domácí hospic | 1,5 roku | sociální pracovník |
| č. 6 | domácí hospic | 7 let | sociální pracovník |

Tabulka respondentů, autor: Bařtipánová

3.5 Průběh výzkumu a analýza dat

Respondenti byli nejprve seznámeni s pojetím sebepéče v rámci bakalářské práce. Poté jim byl představen informovaný souhlas, který museli podepsat a bylo jim řečeno, že rozhovor bude nahráván a po zpracování bude nahrávka smazána. Byli také ujištěni, že celý rozhovor je anonymní. Následovaly demografické otázky, kde byli respondenti tázáni na věk, délku v zaměstnání, na typ zaměstnání a název jejich pracovní pozice, tyto informace doplňovaly do informovaného souhlasu. Poté pro úvod a navození rozhovoru respondenti promluvili ve zkratce o své organizaci a o náplni práce. Následoval rozhovor, který byl nahráván a trval v průměru 45 minut. Rozhovory probíhaly buď živě přímo v zařízení nebo prostřednictvím online video rozhovoru.

Každý rozhovor byl se souhlasem respondentů nahrán a poté byla nahrávka doslovně přepsána. Následně byl text analyzován pomocí otevřeného kódování a tematické analýzy. Kódování jako takové je: „v kvalitativním výzkumu proces analýzy dat, kdy se data rozčleňují na komponenty s daným obsahem.“ (Hendl, 2023, str. 469) Výzkumník během otevřeného kódování se od počátku práce s daty snaží nacházet v textu témata. (Hendl, 2023, s. 255-256) Z kódů poté vyvstaly

kategorie, z kterých poté vzešla témata, která jsou představena v následující kapitole výsledky výzkumu.

4 Výsledky výzkumu

Pomocí analýzy získaných dat vzniklo 5 témat, která odpovídají na výzkumné otázky a zároveň i doplňují a dokreslují celý výzkum. V textu jsou uvedeny doslovné citace respondentů, v některých částech jsou vynechané pasáže, které nemění význam výpovědi, pouze jsou vypuštěny z důvodu udržení anonymity respondentů, či lepší orientace v textu. V doslovných citacích se občas vyskytují nespisovné výrazy.

Na první hlavní výzkumnou otázku: **Jaká jsou specifika práce sociálního pracovníka v hospicové péči?** najedeme odpovědi v podkapitolách: zátěž v zaměstnání, smrt a vlastní smrtelnost a spolupráce s rodinou. Podkapitoly pojetí a sebezpečí u sociálních pracovníků a role zaměstnavatele a pracovního prostředí odpovídají na druhou hlavní výzkumnou otázku: **Jak vnímají a přistupují sociální pracovníci k profesní sebezpečí?**

4.1 Pojetí sebezpečí u sociálních pracovníků

Pojetí a vnímání sebezpečí bylo u respondentů velmi rozdílné. Někteří uváděli, že nevykonávají sebezpečí vědomě, ale mají své mechanismy, které jim pomáhají. Respondent č. 6 uvedl, že má pocit, že sebezpečí nepotřebuje, ale po delší debatě vyšlo najevo, že má také své funkční mechanismy sebezpečí, které pouze tak nenazývá. Nutno dodat, že tento respondent pracuje v hospicové péči jen na půl úvazku a vnímá, že situace by byla jiná, kdyby pracoval na celý úvazek. Naopak byli tací, kteří k sebezpečí přistupovali vědomě a poměrně komplexně. Respondent č. 1: *„Sebezpečí pro mě je odpočinek. Najít si něco, co vykompenzuje to, že tady ze sebe něco vydám. Abych se z toho nezbláznil, aby mě to prostě nesešlo, a i jako prevence syndromu vyhoření.“* Respondent č. 2: *„Já sebezpečí jako takovou beru komplexně, takže se snažím, abych si odpočinul, abych fungoval jak v práci tak doma.“* V rámci komplexnosti hovořil respondent také o vzdělávání, supervizi, sportu a vztazích.

Často se v odpovědích respondentů objevovalo téma rovnováhy mezi osobním a profesním životem. To můžeme vnímat jako nezbytné pro fungování v zaměstnání. Pro tuto rovnováhu je třeba umět oddělit od sebe tyto dvě oblasti. Jak

to dělá se svěřil respondent č. 4.: *„Většinou se převlíknu do něčeho jiného, když je to těžší situace, tak si dám i tu sprchu nebo jdu třeba někam ven a někdy si pustím muziku, jdu dělat něco jiného, než je ta práce. A pokud to jen trochu jde a zrovna nemám pohotovost, tak jsem ráda, že už nemusím být na mailu a na telefonu a věnuju se plně něčemu jinému, než je práce.“*

Přestože si byla naprostá většina respondentů vědoma důležitosti sebepéče, pojetí a intenzita sebepéče se velmi lišila. Často se u respondentů vyskytovala potřeba sdílení v pracovním kolektivu. Respondent č. 1 uvedl, že si vede deník na sociální síti a bere to jako sebepéči. To bychom mohli označit za emocionální či psychologickou sebepéči. Sebepéče se dá rozdělit do 6 oblastí, ale tyto oblasti od sebe nejsou striktně oddělené. O důležitosti řekl respondent č. 4: *„Já si myslím, že to je moc důležitý, abych mohl dlouhodobě dělat to, co dělám, že musím o sebe pečovat.“*

Pro čtyři respondenty bylo důležité trávit čas alespoň někdy jen sám se sebou a vnímali to jako jeden z hlavních zdrojů sebepéče. Oceňovali, pokud tento čas mohli využít jak chtěli, například respondent č. 3 uvedl: *„Co se týká sebepéče, tak pro mě je důležitý mít čas na sebe a věnuju ho hlavně výcviku psa. (...) Když chci opravdu jen čas pro sebe, tak si prostě napustím horkou vanu, zalezu do horké vany, a to je pro mě vrchol relaxu, kde jsem jenom sama se sebou.“* Obdobně na toto téma promluvil respondent č. 4 *„Já osobně potřebuji pravidelně mít i prostor úplně sama pro sebe, kde se nemusím ani doma o nikoho jiného starat a prostě jsem sama za sebe. Dělán to, co chci dělat, nebo nedělám nic taky.“* K tomu dodává respondent č. 2: *„Je potřeba z hlediska té sebepéče mít něco, co je vyloženě vaše. Já třeba mám fotbal. (...) Myslím si, že pro každého, aby byl vyrovnaný, je důležitý mít něco, co je vlastní. Když člověk řekne, já mám rodinu, se kterou funguji, tak podle mě to není úplně ta dokonalá sebepéče.“* Respondent č. 2 poukazoval na to, že není dobré veškerou sebepéči vkládat do rukou okolí/ rodiny, ale vnímat to opravdu osobně a mít nějaký koníček/ zájem.

Pokud jde o fyzickou sebepéči, nejčastěji byl respondenty zmiňovaný pravidelný sport, ať již se jednalo o plavání, badminton či hraní fotbalu. Respondenti uváděli, že si psychicky odpočinou a fyzicky se vydají ze svých sil. Ve třech případech měli respondenti psa, se kterým trávili čas a chodili na procházky, i tato fyzická aktivita je prvkem sebepéče.

Právě zmíněnou péči o domácí mazlíčky můžeme vnímat také jako vztahovou sebekéči, jeden respondent mluvil například o kočce. Není překvapením, že respondenti uváděli v rámci vztahové sebekéče partnery, děti, rodinu a ostatní blízké, se kterými mohou trávit čas.

Z oblasti fyzické sebekéče hovořil respondent č. 2 také o pravidelném stravování a přestávkách v práci: *„Pro mě třeba sebekéče znamená, že se učím dodržovat polední pauzy v hospici, protože samozřejmě někdy toho v rámci té osmihodinové pracovní doby je hodně, takže někdy člověk oběd vynechá, protože třeba jedná s rodinou (...) Pro mě je sebekéče, že opravdu si dám svačinu, odejdu z hospice, dojdu si pro jídlo, že pracoviště opustím. (...) (č. 2) S ohledem na stravování několik respondentů hovořilo o konzumaci čokolády a pití kávy, jako o jakési mále radosti, kterou si mohou běžně dopřát a vnímají to jako vzpruhu.*

Emocionální a psychologická sebekéče jdou ruku v ruce. Respondenti do této oblasti řadili čtení knih, poslech hudby, hraní na hudební nástroje, háčkování, zkrátka aktivity, které je naplňují a rádi jimi tráví čas a díky nim nežijí jen prací. Dva respondenti uvedli jako sebekéči studium, kterému se věnují.

O duchovní sebekéči mluvili čtyři respondenti ve velké míře. Zatímco pro některé byla velmi důležitou sférou, jiní byli ve fázi objevování této oblasti. K tomuto tématu se svěřil respondent č. 1, že chodí jako duchovní sloužit do kostela. Respondent č. 5 sdělil, že chodí pravidelně do kostela a víru vnímá jako pomocnou sílu při těžkých chvílích. Podobně vypovídal také respondent č. 4: *„Já jsem věřící, takže vím, že máme kolem sebe nějaký okruh lidí, kteří se za nás a za naše pacienty modlí. (...) Je pro mě důležitý, že tam mám ten duchovní rozměr. Já a Bůh, já a lidi okolo mě.“*

Profesní sebekéči se věnuje následující kapitola, avšak pár prvků k této sebekéči zde bude zmíněno. Tři respondenti uváděli důležitost schopnosti umět říct ne a pracovat tak vědomě se svými limity a dávat si dostatečné přestávky. Zároveň možnost určit si své priority v práci a mít dostatečnou volnost a možnost sdílení na pracovišti.

S respondenty došlo také na otázku absence sebekéče. Zdali to zažili, jakou s tím mají zkušenost, co si myslí, že by se stalo, pakliže by sebekéči zanedbávali. Respondent č.1 uvedl následující: *„No tak hrozí vyhoření. Člověk se do toho zahrabe tak, že najednou zjistí, že nic jiného nedělá a najednou začne brát ty lidi*

ne jako Aničku a Pepíka, ale prostě jako ta rakovina prsu a Alzheimer a jenom jako čísla, ne jako lidský bytosti. A není už tam taková radost z té práce.“ Čímž popsal dehumanizaci, která byla uvedena v této práci ve spojitosti se syndromem vyhoření. Respondent č. 3 mluvil o vlastní zkušenosti z minulého zaměstnání, kde pocítil absenci sebeděče a riziko nástupu syndromu vyhoření a od té doby je obezřetnější a více si dává pozor, aby dostatečně věnoval čas sebeděči. Z výsledku vyplývá, že respondenti si jsou vědomi rizik, pokud se nějaký čas o sebe nestarají. Převážně mluvili o syndromu vyhoření či o fyzické slabosti a slabší imunitě, což může být i doprovodný jev k syndromu vyhoření. Mluvili o těchto rizicích z pohledu celkové sebeděče, ne pouze profesní.

Respondent č. 3 uvedl, proč vnímá sebeděči jako důležitou část práce a jakým způsobem může absence sebeděče ovlivnit samotného klienta. *„Důležité je, aby člověk si trval na tom, co chce on, co potřebuje on a aby dokázal myslet sám na sebe občas. Protože pokud chceme práci dělat dobře, tak musíme být spokojený hlavně my. Protože nemůžeme na klienty přenášet to, že jsme se špatně vyspali, to, že jsme neměli na sebe čas, ti klienti za to nemůžou a my jsme tady pro ně. (...) Chceme prostě předat podporu a oni jsou v těžké situaci, kdy jim opravdu odchází blízký člověk, případně oni sami jsou tím člověkem, co ví, že už tady dlouho nebude. A tady musíme zachovávat profesionalitu každým coulem. A jde to líp, když my jsme v pohodě.“*

O snaze sebeděče v časově nabitém rozvrhu mluvil respondent č. 1: *„A když už to nejde a mám to takhle nabitý, tak potřebuji aspoň drobnosti. Třeba když jdu ze školy, tak se stavit do čajovny nebo si udělat radost, něco si koupit, přečíst si nějakou hezkou knížku anebo prostě vypnout, teď jsem se díval na něco na Netflixu, takže zažít alespoň drobnosti.“*

O vlivu pandemie covidu na sebeděči mluvil respondent č. 2, který sdělil, že sebeděče byla v době pandemie zanedbávaná z důvodu přetížení služeb. Nyní se začíná situace zlepšovat. Osobní příklad sebeděče, kterou lze nazvat tradicí, představil respondent č. 6: *„Je pro mě důležité se s klientem, co umřel, rozloučit. Není to, že mi někdo dá vědět, že byl u úmrtí a konec a teďka pomáhám těm pozůstalým, ale jsou tam mezi body. Jeden jsme zavedli před časem, kdy máme jednou za tři týdny poradou, na který zavzpomínáme na ty lidi konkrétně, kdo z nás má jakou vzpomínku. A to je velmi hezký, protože z toho leckdy vyplyne velká debata*

a vzpomínání a je to taková naše vnitřní věc. A pak sám za sebe doma vždycky zapálím svíčku a než dohoří, tak kolem ní chodím. Není to, že bych seděl a meditoval u svíčky, ale je to spíš taková už moje tradice.“

4.2 Role zaměstnavatele a pracovního prostředí

Z výsledků bylo patrné, že sociální pracovníci mají roli zaměstnavatele v rámci profesní sebepečce nejvíce spjatou se supervizí, přestože nebyla ve všech zařízeních využívána. Dále byl pro respondenty důležitý dobrý kolektiv a příjemné pracovní prostředí. Respondenti ve většině sami automaticky prvně mluvili o supervizi, přestože málo kde byla frekvence týmové či individuální supervize dostačující, a tak byla doplněna psychologickou podporou od zaměstnance hospicu. Ve třech hospicích byla možnost individuální supervize. Dva respondenti, co hovořili o možnosti využití individuální supervize, tuto možnost nevyužili.

Respondent č. 2 uvedl. *„Co jsem v hospici jako vedoucí, tak udržujeme pravidelně supervize. To bych řekla, že nám hodně pomáhá. V rámci krizovek je blbý, že supervize máme nalajnovaný pětkrát do roka, zhruba po šesti týdnech nebo po dvou měsících. Takže když má někdo krizi na pracovišti přímo a potřeboval by ji vyřešit, tak to není možný. Na druhou stranu tady máme psychologa, který se reálně věnuje i zaměstnancům. Takže když pak máme něco, co nedokážeme vyřešit v tu chvíli, co nás tíží, tak máme možnost dojít se poradit s naší hospicovou psychologkou a rozebrat to. (...) Máme tady i paní psycholožku externí, která dělá debriefing, což je super, že taky člověk může zhodnotit a rozebrat situaci bez jakéhokoliv výsledku.“*

Oproti tomu respondent č. 5 mluvil o ještě menší frekvenci supervizí. *„Máme supervize jednou za rok/ jednou za půl roku jako nějakou pravidelnou. Ale pokud by byl problém a byla potřeba, tak je možnost jednak toho týmu, ale i individuální supervize.“* V podobném duchu hovořil respondent č. 6: *„Máme možnost určitě individuální supervize, ale to jsem ještě nevyužil. (...) Určitě když měl někdo problém, vím, že tam proběhly individuální supervize.“*

Respondent č. 3 hovořil o sdílení s kolegy takto: *„Sdílení s kolegy je pro mě hodně důležitý, protože tím sdílením zkušeností člověk může popustit svoje emoce. Když mě to zasáhne hodně, tak vím, že to můžu před týmem říct, že mě podrží, protože každý vnímá každého pacienta jinak.“*

Z výsledků vyplynulo, že respondenti vnímají jako nejdůležitější složku profesní sebepečce příjemné prostředí a dobrý a soudržný kolektiv, kde mohou sdílet co je trápí, slyšet zpětnou vazbu, a hlavně se tam cítí příjemně.

Například respondent č. 5 se k tomuto tématu vyjádřil následovně: „*Lidsky ty kolegyně jsou prostě všechny skvělé. Opravdu dělají svojí práci velice lidsky, hezky. Jde jim o klienty a zároveň se podporujeme, takže kdykoliv za nimi můžu přijít. A také máme každý týden setkání toho multidisciplinárního týmu, kde probíráme ty věci a pacienty.*“

Respondenti si také pochvalovali dostatečnou volnost a flexibilitu ve svém zaměstnání. Jako důležitý prvek respondenti uváděli vstřícnost vedení, kdy si sami mohou určovat priority práce. Také pozitivně vnímali, pokud nad nimi vedoucí držel takzvaně ochranou ruku. Což znamenalo například, že vedoucí řekne pracovníkům, v jaký moment již nemají přijímat klienty, aby nebyli přetíženi. S tím souvisí také zavedení přijímání telefonických pracovních hovorů jen v pracovní dny. „*Je dobrý, když člověk přijde s nějakým problémem, tak mu vyjdou vstříc.*“ (...) „*Vnímám, že je důležitý, že třeba o víkendů a po pracovní době prostě nezvedám telefony, který mi volají. Já jsem chtěla to zvedat, nicméně naše vedoucí doktorka řekla, že v žádném případě a má pravdu, protože já bych nemohla řešit tu situaci, těm lidem bych nemohla pomoci a jenom by mě to psychicky zatížilo.*“ (č. 5) Z této citace je jasné, že se jedná o prvek sebepečce, který nastavila vedoucí a pomáhá tak pracovníkům dostatečně oddělit jejich profesní životy od těch osobních a předejít tak přetížení pracovníků.

O tom, jak vedení podporuje profesní sebepečci uvedl respondent č. 4: „*Stará se o naše pohodlí ve smyslu dobré kávy a něčeho k tomu. Hodně nás vede k tomu tímto způsobem: teďka kolegyně má dovolenou, tak fakt stop stav, protože já vím, že byste to zvládli. Prostě si nás šetří.*“ (č. 4)

Výše zmíněné pozitivní aspekty shrnul respondent č. 2: „*Pro mě vlastně ten největší benefit je otevřený a přímý kolektiv. Já už bych nedokázala pracovat v prostředí (...), kde se ti lidi furt pomlouvají a nikdo nedokáže dát zpětnou vazbu otevřeně. Zastávám názor, že když se o problému neřekne a všechno jde bokem, tak se s tím nedá nic dělat. Kdežto když člověk řekne, že je nějakým způsobem nespokojený, že se mu něco nelíbí, nebo že přišel na nápad, jak to změnit, tak mě to přijde, že tohle to je super, že je to flexibilní pracovní prostředí a jdou tam dělat změny.*“ (č. 2)

V otázce, jak zaměstnavatel podporuje, případně jak by mohl více své zaměstnance podpořit, se odpovědi různily, protože se jedná o širokou otázku. Kromě již zmíněného pracovního prostředí, supervize a kolektivu respondenti také velmi často uváděli funkční podporu vzdělávání, například formou kurzů – mentoringu, fundraisingu, aromaterapie, krizové intervence a mnoho dalšího. V několika zařízeních také vedení mělo velmi individuální přístup k benefitům zaměstnancům. O vzdělávání, kurzech, ale taky flexibilitě a ochotě vyjít vstříc se rozpovídal respondent č. 4. *„Posílají nás na školení (...) nebo na kurzy podle toho, jak si řekneme. Hodně se snaží nám v tom vyjít vstříc, anebo i se nám snaží vyjít vstříc v tom, abychom právě měli pracovní dobu flexibilní tak, abychom v rámci toho zvládli dělat to, co potřebujeme dělat a chceme dělat. Abychom měli na práci sílu. Hodně se snaží v rámci možností nám v tom pomoci.“ (č. 4)*

V odpovědích na otázku, co by se mohlo v zaměstnání zlepšit, se velmi často vyskytovalo téma peněz, jak ve smyslu financí v zařízení, tak také lepší finanční ocenění. Někde by respondenti uvítali možnost stravenek, či zavedení multisport karet, či flexi pasů, někde však tyto benefity mají. Respondent č. 6 uvedl, že by ocenil možnost větší zastupitelnosti, která by přinesla větší klid například v době dovolené, zároveň si je vědom, že to není tak lehce proveditelné.

„To všechno se nahrne a když člověk přijde z dovolené, tak dostane facku, že jako teď to dodělej všechno. Takže možná ta zastupitelnost větší by mi pomohla, ale nevím, jak by se to dalo provést.“ (č. 6)

O financích a individuálním přístupu k benefitům mluvil respondent č. 4 *„To hodně souvisí s financemi. Paní ředitelka se snaží sondovat, co máme rádi, takže já mám slíbené masáže, kolegyně zase vstupenky na nějaký cvičení nebo plavání a tak dále.“*

Respondent č. 3, který hovořil také o stravenkách, které u nich fungují, dodal ještě následující: *„Kdyby byly nějaké poukázky na masáže nebo něco takového, jako multisport karta, tak samozřejmě tím člověk nikdy nepohrdne, protože stejně tomu ty finance a tu energii věnuje. Takže když by byla taková podpora, tak za mě by to bylo dostačující.“*

Na otázku co by mohl zaměstnavatel zlepšit, respondent č. 2 uvedl: *„My vlastně v rámci hospicové péče, tak jak se nám tady hodně mění personál na klíčových pozicích, tak chceme teď po zaměstnavateli, aby zlepšil komunikaci*

a fungování celého multidisciplinárního týmu, protože některé role na sebe přebírají odpovědnost někoho jiného, takže nám se tam multidisciplinarita trochu snižuje, takže se snažíme ji zase vrátit na tu původní úroveň. “ (č. 2)

O tom, jaké plánují benefity do budoucna v zařízení mluvil respondent č. 1 „*Řešíme třeba flexi pasy nebo benefítky, taky nějaký takovýhle věci. A za to potom ať si člověk koupí, co chce. Čím by mě mohl zaměstnavatel podpořit? Dobrou pracovní pohodou, ale to tu je. Pak taky penězi, občas bonusy. “*

4.3 Zátěž v zaměstnání

Abychom mohli lépe pochopit, jestli a jak o sebe pracovníci pečují, byla součástí výzkumu dílčí výzkumná otázka na zátěž v zaměstnání. Polovina respondentů označila jako zátěž nadbytečnou administrativu.

Respondent č. 2 poukazuje na to, že nadměrná administrativa ubírá čas, který by mohl být využit efektivněji. „*Zatěžují mě papíry/administrativa, vzhledem k tomu, jak je to stanovený, tak někdy papírů je až moc a člověk by třeba rád ten čas strávil víc s klientem, rodinou než se záznamy. “*

O administrativě a její potřebnosti, ale také zátěži, promluvil respondent č. 6 následovně: „*Zatěžují mě asi jenom papíry, ale chápu, že to je potřeba a bez toho to nejde, ale ne každý papír je potřeba (...) Zároveň máme, si myslím, jenom to nezbytné, co musíme mít. “* Přestože daný hospic plní jen nejnnutnější administrativní povinnosti i tak pracovník cítí nadbytečnost administrativy.

O lhůtách, které doprovází administrativu mluvil respondent č. 1: „*Zatěžuje mě papírování, ale nejvíc mě drtí ty lhůty, to mě přivádí do stavu šílenství. “*

Z výše uvedených výpovědí můžeme soudit, že se jedná o téma, které by stálo za debatu a změnu v rámci celého systému, aby se práce zefektivnila a aby se pracovníci necítili tak zatíženi administrativou. Je zde patrný prostor pro zlepšení, který by v důsledku měl pozitivní vliv i na klienty a jejich rodiny.

Oproti tomu respondent č. 3 mluvil o zátěži v podobě těžkých situací. „*Co mě zatěžuje, jsou asi ty náročné situace. (...), kdy si rodina nechce připustit, že už opravdu není žádná jiná možnost léčby a že už je to poslední štace. Taky že ne každý má možnost se vrátit domů, někdy rodinu nemá, nebo rodina se necítí na to, že by to zvládla a zase ti pacienti nechtějí být na obtíž. Takže zatěžuje mě, že ne každému lze úplně pomoci tak, jak bychom chtěli. “*

Z tohoto textu můžeme pocítit bezmoc pracovníka, když je svědkem situací, které nejsou snadné a není v jeho kompetenci je vyřešit. O určitém pocitu bezmoci mluvil další respondent č. 5: *„Mě nejvíc zatěžuje, že když je kapacita naplněná, tak pacienta nemůžeme vzít hned a já to nemůžu postoupit dál. A teď vím, že tam je třeba někdo, kdo to potřebuje a nemůžu vyhovět.“*

O náročnosti práce, pocitu bezmoci a limitech kapacity zařízení mluvil v souvislosti se zátěží respondent č. 4: *„Někdy je toho hodně. Když člověk řeší pacienty, kteří jsou těžcí a jsou mi i blízcí, a do toho pak spousta lidí ještě něco chce se mnou řešit a jsou další zájemci o službu. Člověk by rád pomohl a já už vím, že nemáme kapacitu. To je pro mě možná nejtěžší, umět odmítat lidi, když už na to nemáme v tu chvíli a když se dohodneme, že máme stop stav.“*

Respondent č. 4 se o zátěži v zaměstnání dále rozpovídal. Mluvil o komunikaci v týmu, která je potřebná, přínosná a v jejich kolektivu funkční, ale občas také náročná: *„Možná právě proto, že chceme dobře tu službu dělat a dobře pomáhat, tak někdy můžeme mít na to jiné názory, ale myslím si, že se nám to daří a že to je taky naše životní škola, navzájem se otesávat a zvládat to spolu jako mezi kolegy.“*

4.4 Smrt a vlastní smrtelnost

Z analýzy odpovědí respondentů vzešlo téma smrti a vlastní smrtelnosti, které vzhledem k povaze celé práce není překvapující. U jednoho respondenta se vyskytlo téma vyrovnání se s vlastní smrtelností u specifík hospicové péče. Respondenti byli velmi otevření a často se svěřili s velmi osobními zkušenostmi. Zajímavé bylo, že v otázce smrti a vlastní smrtelnosti se odpovědi velmi lišily ve smyslu vnímání vlastní smrtelnosti, a to povětšinou s ohledem na víru. Naopak respondenti stejně vnímali postoj společnosti ke smrti a umírání. Shodli se na tom, že naše společnost se snaží spíše smrt nevnímat a tabuizovat ji, a to je často příčinou neinformovanosti veřejnosti v této oblasti.

Respondent č. 1 mluvil o tématu smrti ve společnosti následovně: *„Přece jenom hospic nebo umírání není zrovna sexy téma, o kterém by se dobře mluvilo. Všem říkám, ať se sem přijdou podívat. Oni říkají hospic, no to já nechci, to bych nedal.“*

K tématu tabuizace se vyjádřil také respondent č. 6: „*To je i dost naše poslání to změnit, aby smrt nebyla tabu, bavit se o tom.*“ Tento respondent promluvil ještě o tom, jak je společnost uzavřená vůči takovýmto službám, dokud tuto službu nepotřebuje. „*Přijde nám, že je nás všude plno, ale pak ve výsledku je spousta lidí, kteří jsou překvapení, že tady vůbec jsme. Dokud nás nepotřebují, tak dělají, že nás nevidí. To je takový zvláštní.*“ Tato citace respondenta přímo ukazuje, jak společnost nesleduje a nechce sledovat tuto problematiku, dokud není nucena.

V otázce specifík v hospicové péči se objevila u respondenta č. 1 následující odpověď: „*Myslím si, že člověk musí být tady u té práce vyrovnaný se svou smrtelností nebo respektive se smrtí s koncem života. Musí to mít v hlavě srovnaný. (...) Prostě musí k tomu zaujmout nějaké stanovisko, aby ho to nesešlo.*“

Na to do jisté míry navazuje i výpověď respondenta č. 4, který promluvil o blízkosti smrti a smíření s ní: „*Člověku je to najednou jako víc bližší právě proto, že nemáme jenom pacienty 90+ ale i mladší, i v mém věku i mladší, než jsem já. Já myslím, že člověk se s tím vyrovnávat musí, že nikdo z nás není nesmrtelný.*“

Oproti tomu například respondent č. 2 uvedl poměrně rozdílné vnímání smrtelnosti. „*Podle mě nikdo není připravený na smrt nebo na umírání, dokud to fakt sám nezažije. A ten, kdo říká, že je s tím jako srovnaný, tak si myslím, že vlastně jako vůbec neví, o čem mluví. Nicméně jako sociální pracovník v rámci své rodiny jsem trošku hospicovou péčí poznamenaná, takže mám třeba dříve vyslovené přání stanovené. Co bych chtěla, aby se se mnou dělo za nějakých určitých okolností. (...) V tomhleto má člověk asi otevřenější oči a taky člověk najednou ví, že některý věci si musí fakt právně porušit tak, aby to bylo funkční. Nečekat, protože fakt se může stát kdykoliv cokoliv. (...) Díky té blízkosti smrti člověk zase ví nějaký věci, který běžná společnost prostě neřeší, protože si to neuvědomuje a my jsme v tom tady dennodenně.*“ Zároveň zde respondent poukazuje na to, že vlivem svých profesních zkušeností vnímá některá rizika citlivěji a je více připraven na krizové situace.

Naopak jiný postoj ke smrti měl respondent č.5: „*Myslím si, že je třeba důležitý to, že jsem věřící, takže ta smrt pro mě není nic jako konečného.*“ Dále dodává: „*Přece jenom člověk tady má jako jiný náhled na ten život. Je si vědomej té smrtelnosti.*“

Osobní zkušenosti respondentů s častým umíráním a především s mladými pacienty vedou respondenty k přemýšlení nad vlastní smrtelností a řešení případných rizik. O svou zkušenost z profesního života se podělil respondent č. 3: *„Máme i mladé ročníky, třeba kolem 20–25 lety, když doprovázíme i takhle mladé lidi na té poslední cestě. To si člověk uvědomí, že opravdu se nemusí umírat až hodně vysokým stáří, ale že může přijít nemoc opravdu kdykoli i u zdravého člověka a projevit se z ničeho nic.“*

U respondentů byly rozdíly nejen ve vnímání vlastní smrtelnosti, ale také v pohledu na smrtelnost blízkých. Zatímco někteří respondenti uvedli, že vlastní smrti se nebojí, jiní to měli přesně naopak, že si jsou vědomi smrtelnosti okolí, ale ne své vlastní. Takto se k tomuto tématu vyjádřil respondent č. 6: *„Vlastní smrtelnost je pro mě dost velký téma. Když budu upřímná, tak si to jako pořád neuvědomuju, že to беру, jako že se mě to netýká. Jako co se týče příbuzných, tak jo, ale samu sebe ne.“* Oproti tomu respondent č. 5 sdělil: *„Já třeba se nebojím vlastní smrti, nicméně samozřejmě, že když tam máme v péči pacienta, který je ve věku mého manžela, tak se mě to jako dotýká.“*

O přijímání vlastní smrtelnosti promluvil respondent č. 2: *„Ale upřímně řečeno, z hlediska toho, když bych najednou zjistila, že mám onkologické onemocnění a umírám, tak si myslím, že by to byl úplně stejný šok jako pro každého běžného člověka, protože já bych řekla, že na tu situaci se nedá připravit. Dá se to možná přijmout jako snadněji? (...) Takže si myslím, že možná máme výhodu v tom, že daleko rychleji pak zvládáme to doprovázení a vlastně to vyrovnávání se s tím.“*

Při rozhovorech s respondenty došlo často také na téma vlivu profese na osobní život. Respondent č. 6 poukazoval na to, že práce v hospicové péči má v osobním životě vliv na komunikaci a na to, jak okolí pracovníka vnímá. *„Na osobní život to má velký vliv, protože když se vás někdo zeptá, co děláte a odpovíte, tak je vaše práce velké téma pro všechny. Buď se vám lidi začnou svěřovat s vlastními zkušenostmi se smrtí, nebo se toho bojí a nechtějí o tom mluvit. Je to taková jako škatulka, do které se člověk dostane a ani neví proč. Jako nejčastější odpověď ježiši, to bych dělat nemohl, a jak to můžete dělat, a já vás obdivuju, že to děláte. Mně to takhle nepříjde, každý děláme něco. Já bych třeba nemohla dělat truhláře.“* (č. 6)

Podobnou zkušenost sdílel i respondent č. 4: „*Kamarádi když vědí, kde pracuji, tak se možná víc dostaneme na nějaký takový téma spojený se smrtelností a nemocí, než když bych dělala nějakou jinou práci. A tak mě to nutí v tomhle tématu být víc chtě nechtě.*“

O jiném přístupu k životu a vlivu práce na osobní život se vyjádřil respondent č. 4 následovně: „*Člověk se více vědomě snaží ty lidi a věci kolem sebe tak nedržet. Učí se být svobodnější, zkoušet vnímat to, že tady nebude věčně a nebude to všechno tak, jak si to naplánuje.*“

Za zmínku stojí úplně jiný pohled na smrt respondenta č. 4: „*Občas si povídáme s kolegyněmi, že člověk si někdy myslí, že když někdo má ty věci všechny hezky uspořádaný a dejme tomu je i věřící, takže je to pro něj pak všechno možná jednodušší, že se mu tak jednodušeji tady zanechá manželka, dospělí děti a všechno. Stejně znova mě vždycky překvapí, že to tak jednoduché není a že prostě zemřít je vždycky vlastně strašnej boj. I když má člověk urovnaný hezký vztahy a všechno v pořádku, tak stejně pro některý lidi, zvlášť asi pro ty aktivnější, je hrozně těžké opustit to všechno, co do teďka měli i když už třeba toho moc fyzicky nemohli dělat, ale pořád cítí určitou zodpovědnost za to svoje okolí. To je taky to, co se učím do života a do některých životních situací.*“

4.5 Spolupráce s rodinou klienta

Spolupráce s rodinou klienta byla uvedena v teoretické části práce jako specifikum a tato teorie byla respondenty potvrzena. Někteří dokonce označili práci s rodinou jako převažující oproti práci se samotným klientem. Práce s rodinou znamená práci nejen s pečujícími/ pozůstalými s kterými přišel pracovník do styku, ale v některých hospicích je možnost poradenství i pro pozůstalé, jejichž zemřelý nebyl navázán na hospic, ale zemřel například tragicky. V zařízeních, kde byl proveden výzkum je poměrně široký rozptyl toho, jak k práci s pozůstalými přistupují. Všichni respondenti uvedli, že nemají striktně stanovená pravidla, jak s rodinami pracovat, ale jde o individuální domluvu. Po úmrtí klienta se jedná převážně o bezprostřední pomoc-zařizování pohřbu, obecnou pozůstalostní péči. Dále mohou pozůstalí využít možnost poradenství, které je někde doplněno krizovou intervencí či možností odborné psychologické podpory. Podle respondentů se ve většině zařízení jedná o spolupráci během prvního roku po úmrtí,

poté mají pozůstalí stále možnost se ozvat, ale málokdo tuto možnost využije. Pravidelně jednou za rok se konají setkání s pozůstalými.

Respondent č. 2 uvedl, že sociální pracovník v jejich zařízení pracuje převážně s rodinou: *„Z hlediska sociální práce s klientem toho moc nezvládneme udělat, protože naši klienti jsou ve špatném zdravotním stavu, takže u nás převážná část sociální práce je práce s rodinou, poradenství, pozůstalostní péče a poradenství po úmrtí.“* To potvrzuje respondent č. 5: *„Pracujeme spíš s rodinami, než s pacientem a jde tam o podporu rodiny, která je v krizi, někdo jim umírá a je to mezní situace.“*

Vesmět všichni respondenti se shodli na tom, že práce s rodinou klienta je velmi individuální a je třeba tak k této práci přistupovat. Snažit se nesoudit a tolerovat, protože rodina je v ten moment ve velmi tíživé situaci, umírá jim člen rodiny a je třeba na to brát ohled. Řeč byla také o důležitosti komunikace mezi klientem, rodinou a pracovníkem.

O jedinečnosti každého jednoho případu řekl respondent č. 4: *„S každou rodinou je to tak jedinečný příběh, jedinečné hledání toho, co vlastně potřebují, chtějí a co řeší. (...) Je pro mě cenná zkušenost, že člověk s každou rodinou vstupuje do úplně jiného příběhu. I když někdy jsou třeba paralely s někým jiným, ale nedá se říct, že když půjde o paní stejného věku se stejnou diagnózou, že to bude stejný, prostě nebude. Žije jinak a má kolem sebe jiné lidi, kteří jí pomáhají a každá rodina je jedinečná.“*

Práce s pozůstalými se také liší v čase, zatímco někteří pozůstalí využijí spolupráce s hospicem jen krátce po úmrtí klienta, někteří si události potřebují zpracovat a ozvou se až po delší době. Intenzita toho, jak moc bude s hospicem po smrti klienta rodina v kontaktu, je čistě na ní. Některé hospice se ozývají po určité době rodinám, jiné nechávají pozůstalým kontakt s možností se ozvat. Zároveň několik respondentů uvedlo, že pozorují u rodin z hospicu snazší smířování se se smrtí a klidnější truchlení. Názorně o tom mluvil respondent č. 3: *„Většinou to rodiny mají zpracovaný a tím, že znají diagnózu, dokážou se na konec připravit. Vědí, že konec přijde.“* O vlivu hospicu na smíření se s úmrtím promluvil respondent č. 5: *„Mnohé rodiny potom samy řeknou, že jsou strašně rády, že pečovaly doma a že to vlastně bylo krásný. A i proto se rodina daleko líp smíruje*

s odchodem svého blízkého. Je tam daleko méně komplikovaného truchlení, protože si to blízcí odžijí před tím a ví, že udělali maximum a byli u toho.“

O obdivu k rodinám a o tom, jak se s rodinami navzájem obohacují respondent č. 4 řekl: *„To, co se učím do všech oblastí svého života, je lidi nesoudit a neškatulkovat. Prostě každý to máme jinak a každý jsme jiný. A to se stále dokola učím. (...) Je vlastně hezký, že má člověk zvláštní příležitost být s pozůstalými v jejich dost intimní oblasti. Učím se od nich, jak se dá vyrovnávat s těžkou životní situací.“*

Zároveň je třeba dbát na to, aby pracovník udržoval hranice, aby byl schopný v práci pokračovat a vykonával práci profesionálně. Toto téma bylo respondentem č. 2 dokonce uvedeno jako specifikum hospicové péče: *„Myslím si, že v hospicích se bere práce ještě víc jako poslání a specifikum je udržet tam profesionalitu a hranici tak, abychom si nepřetáhli problémy rodin klientů do osobních životů. To může ještě sklouznout k tomu, že si budeme brát víc úkolů na sebe za rodiny, protože právě ony jsou v tom nejtěžším období života. Pro mě specifikum je, když to tak jako komplexně vezmu, tak udržení hranic.“*

Téma, o kterém mluvila většina (5) respondentů-rozdílné vnímání nemoci u klienta a jeho rodiny. Rozkol je častý mezi tím, co chce a cítí rodina a jak k nemoci přistupuje samotný klient. Respondenti hojně mluvili o této problematice, kdy je klient ve fázi smíření, ale rodina je stále v jiných fázích – popírání, agrese smlouvání. Do konce několik respondentů mluvilo o tom, že se tento jev objevuje čím dál tím častěji. Takto mluvil respondent č. 2.: *„Poslední roky mi přijde, že to je častější, že klient chce umřít, ví, co ho čeká a chtěl by třeba čas v hospici dospát a rodina ho chce aktivizovat. Staví ho do chodítka a chce s ním jít na zahradu. Nedokážou vnímat, že klient naopak chce být posteli, sám, nechce často ani rodinu, protože chce mít klid. (...) Myslím si, že daleko rychleji si to umírání a tu konečnost života připustí pacient než příbuzní.“*

„Stává se docela často, že klient je napřed, léčbu už má za sebou, je už vyčerpaný a ví, že síly nemá, ale rodina ještě chce, aby bojoval.“ (č. 5)

„Rozdílné fáze je velké téma, teď jsme měli případ, kdy pán byl s odchodem smířený, a přál si využít naši službu. Chce být v klidu doma, ale manželka je ještě ve fázi hněvu a popírání a odmítá se s tím smířit. Když jsme tam začali dojíždět, byla velmi nepřijemná na naše zdravotní sestřičky, nadávala jim, že to dělají špatně

a že ho máme léčit. Došlo to tak daleko, že manželka řekla, že nás tam nechce, ale přitom pán by byl rád, abychom za ním jezdili. Opravdu se to děje, a fáze smíření přichází u některých rodin velmi pozdě.“ (č.3)

Naopak o tom, že mohou být manželé ve stejné fázi, ale jejich potomci ne mluvil respondent č. 4: *„Manželé, můžou být ve stejné fázi vyrovnávání se ale jejich děti nebo vnoučata ty zdaleka nemusí být. Ty je budou nutit k tomu, aby ještě jako šli absolvovat nějakou léčbu (...) Je velmi časté, že každý člen rodiny to vnímá jinak a někdy ty mladší členové se snaží ty starší vlastně povzbuzovat do poslední chvíle, že přece to nemůžou vzdávat.“ (č. 4)*

„Řekla bych, že je velmi výjimečné, kdy to všichni členové rodiny vnímají stejně, to je fakt málokdy. (...) I informovanost o dané fázi onemocnění je jiná. Dneska jsme byli u paní přes 80 let a dcera na nás posunkovala, že paní o ničem neví. Tak je to hodně potom o vyřikávání si.“ (č. 6) Jak je patrné z citace, pracovníci se kromě rozdílného přijímání nemoci setkávají také se zatajováním diagnózy a prognózy. Jsou také případy, kdy chtějí rodiny pomoc se sdělením diagnóz klientovi. Také mluvili o individuálním přístupu klientů k informacím, někteří nechtějí znát diagnózu, jiní se doptávají a chtějí přesně vědět, co může nastat v budoucnu.

Diskuze

Spolupráce s rodinou klienta byla uvedena v teoretické části práce jako specifikum a tato teorie byla respondenty potvrzena. Někteří dokonce označili práci s rodinou jako převažující oproti práci se samotným klientem. Respondenti uvádějí jako specifikum také na to návazná témata jako je komunikace, udržení profesních hranic, těžká situace rodiny. Respondenti také hovořili o tom, jak rodina přijímá diagnózu umírajícího příbuzného. Kübler-Ross (2015, s. 20-51) uvádí, že lékaři, kteří o nemoci informují příbuzné, ale ne samotného klienta, cítí strach z toho, jak klient přijme informaci, a tak někteří lékaři tuto tíhu nechávají na rodinách. Tento názor respondenti potvrdili. Trochu s podivem můžeme vnímat, že lékař sdělí diagnózu pouze rodině z obavy, jak klient závažnou informaci přijme. K tomu respondenti uvedli, že v naprosté většině je klient dříve srovnán se svou diagnózou než rodina. Zároveň Cimrmanová (2020, s. 83) ve své knize poukazuje na povinnost lékařů sdělovat pravdu. Existují však výjimky, a ty jsou spojeny s přáním klienta, který diagnózu nechce znát. Z toho můžeme usuzovat, že sdělování diagnózy, které je v kompetenci lékařů, je problematické a zasloužilo by si hlubší analýzu.

Kübler-Ross (2015, s. 20-51) také ve své knize poukazuje na rozdílné potřeby informovanosti klientů, zatímco někteří chtějí dopodrobna znát a vědět vše o svém stavu, jiní to mají naprosto odlišně. Stejnou zkušenost měli i respondenti, například respondent č. 4 hovořil o zkušenosti s klientkou, která chtěla znát vše ohledně své diagnózy.

Pokud chtějí být sociální pracovníci v hospicové péči pro klienty oporou a skutečně jim pomáhat, pak je třeba, aby nevnímali smrt jako něco hrozného. Kübler-Ross neuvádí přímo vyrovnání se se smrtí, ale přijetí smrti jako součást života (Kübler-Ross, 2015, s. 20-51). S tímto způsobem přijetí smrti respondenti souhlasí, vlastní smrtelnost však vnímají rozdílně.

Všichni respondenti přistupovali ke každému klientovi individuálně a snažili se uspokojit jejich rozdílné potřeby. Díky tomu můžeme dle Nečasové označit pracovníky za profesionální. Nečasová (in Matoušek, 2008, s. 44-49) zdůrazňuje u profesionálních pracovníků důležitost individuálního přístupu ke klientovi. Klient a jeho právo je pro pracovníka to nejdůležitější.

Kaczor, (2016, s. 28-38) poukazuje ve své práci na zdroje psychické zátěže sociálního pracovníka. Za zdroje považuje stres, frustraci, vnitřní a vnější konflikty, nepřiměřené úkoly a problémové situace. Mezi stresory je zařazen pocit bezpomoci. O bezmoci mluví respondenti ve spojitosti se situací, kdy dané zařízení nemá dostatečnou kapacitu a pracovníci musí klienta odmítnout. Za zátěž označili respondenti také nadbytečnou administrativu.

Pohled respondentů na profesní sebepěči není jednoznačný. Respondenti se obecně více vyjadřovali k sebepěči přímo k profesní sebepěči. Respondenti uznávají význam profesní sebepěče jako nezbytnost pro kvalitní práci, zároveň větší míra edukace by byla přínosná. Z rozhovorů bylo patrné, že téma syndromu vyhoření a sebepěče je respondentům bližší než samotná profesní sebepěče.

Za překvapující můžeme označit fungování/nefungování a využívání a nevyužívání supervize. Přestože respondenti ve spojitosti s profesní sebepěčí nejvíce mluvili o supervizi, málokde byla dostatečná. Z rozhovorů nakonec vyplynulo, že pracovníci největší důraz kladou na dobrý kolektiv a možnost sdílení, což pomáhá při oddělení práce od osobního života. Sice se nejedná o přímou supervizi, ale u několika respondentů bychom to mohli označit za intervizi. O té se dočteme v knize *Metody a řízení sociální práce*, kde nás Koláčková seznamuje s dalšími formami supervize. Intervize je setkání, kde není přítomný supervizor a kolegové společně sdílí a probírají své zkušenosti. (Koláčková in Matoušek, 2008, s. 349-365)

Výpovědi respondentů se shodují s tím, co uvádí Neumannová (2024, s. 27-32), že nástrojem profesní sebepěče je i vhodný time-management, supervize, příjemné pracovní prostředí. Ovšem ani jeden z respondentů nevedl plán péče o sebe či nouzový plán. To lze vysvětlit buď neznalostí tohoto nástroje či jeho opomenutím. Respondenti rovněž potvrdili, co bylo v teoretické části předestřeno, že osobnost sociálního pracovníka je jedním z nástrojů práce, a pokud sociální pracovník o sebe nebudou pečovat, bude to mít negativní vliv na práci.

Výzkumný vzorek respondentů nebyl rozsáhlý, dotazovaní však byli z různých krajů, s rozdílnou mírou praxe a zkušeností. Je otázkou, zdali se výsledky výzkumu dají stáhnout také na psychosociální pracovníky, kteří bohužel nebyli účastníky výzkumu, přestože byli osloveni. Za zajímavé můžeme označit zjištění, že délka praxe neovlivňuje náhled na sebepěči.

Závěr

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat vnímání a přístupy k profesní sebepěči u sociálních a psychosociálních pracovníků v hospicové péči. Tento cíl byl do určité míry naplněn, respondenty byli pouze sociální pracovníci. Co bylo zmapováno je uvedeno v odpovědích na dílčí a zároveň i na hlavní výzkumné otázky:

Co považují pracovníci jako specifikum v tomto zaměstnání?

Z výsledků a následné diskuze můžeme vnímat jako dominantní specifikum sociální práce v hospicové péči práci s rodinou klienta a s tím spojené oblasti, jako je komunikace, řešení jejich mezních situací, individuálnost rodin a udržení profesních hranic. Odpovědi byly povětšinou orientované na rodinu klienta. Respondenti často hovořili o smrti a vlastní smrtelnosti.

Co považují pracovníci v práci za zátěžové?

Respondenti jako zátěž nejčastěji uváděli administrativní náročnost a frustraci ze situace, kdy má dané zařízení stop stav a pracovník nemůže plně vyhovět klientům a cítí pocit bezmoci.

Jaký je pohled pracovníků na sebepěči obecně?

Sociální pracovníci mají k sebepěči rozdílný přístup. Ve většině hovořili respondenti o všech oblastech sebepěče. Důležité pro respondenty byla rovnováha mezi profesním a osobním životem. Často byla v odpovědích dominantně zastoupena duchovní sebepěče. Ve většině cítili pracovníci důležitost sebepěče obecně a byli si vědomi rizik, povětšinou zmiňovali syndrom vyhoření, někteří se s ním v okolí setkali.

Jakou roli má v profesní sebepěči zaměstnavatel?

Nejvíce zmiňované s ohledem na práci bylo pracovní prostředí, kolektiv a flexibilita. Prostor ke zlepšení u zaměstnavatelů respondenti uváděli benefity a podporu multidisciplinarity.

Za přínosné můžeme považovat zmapování limitů-absence supervize, nedostatečná kapacita hospiců, nízká funkčnost multidisciplinarity v týmu, malá informovanost o profesní sebepěči.

Z výsledků vyplynula doporučení, která se týkají jak pracovníků, tak zaměstnavatelů i celého systému. Někteří pracovníci přiznali, že péči o sebe i profesní sebepéči nevěnují dostatek času, což může být rizikové pro výkon profese. Proto je nutné, aby sebepéči věnoval čas každý. Z výpovědí respondentů je patrné, že velký vliv na jejich výkon má atmosféra na pracovišti a pracovní kolektiv. Zaměstnavatelé by se proto měli snažit, aby se pracovníci cítili co nejlépe. Toho lze docílit například otevřenou komunikací, podporou rozvoje, uznáním, ale také příjemným pracovním prostředím. Někteří respondenti oceňovali individuální přístup zaměstnavatele k osobním benefitům. Tento přístup je jedna z forem podpory sebepéče ze strany zaměstnavatele.

Vzhledem k výpovědi respondentů by bylo vhodné, pokud by proběhla určitá revize administrativních povinností, která by mohla přinést mnohé systémové změny.

Seznam použité literatury

- CIMRMANNOVÁ, Tereza. Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku: u osob s mentálním postižením. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1575-2.
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.
- HLADKÝ, Aleš a ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-890 5.
- HUBÍKOVÁ, Olga. Péče o sebe u sociálních pracovníků jako součást odborného výkonu sociální práce: poznatky ze sociální práce na obecních úřadech. Praha: VÚPSV, v.v.i., výzkumné centrum Brno, 2019. ISBN 978-80-7416-352-4
- JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.
- KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- MARKOVÁ, Alžběta. Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy. 4. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2023. ISBN 978-80-88455-09-7.
- MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.
- MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MOORE, S. E., BLEDSOE, L. K., PERRY, A. R., ROBINSON, M. A. (2011). Social work students and self-care: A model assignment for teaching. *Journal of Social Work Education*
- NOVOTNÁ, Hedvika; ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ, Magdaléna (ed.). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. ISBN 978-80-7571-025-3.
- ROHWETTER, Angelika. *Únava ze soucitu: jak předcházet vyčerpání v pomáhajících profesích*. Přeložil Kateřina PREŠLOVÁ. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1891-3.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
- ŠPINKOVÁ, Martina a MLYNÁRIKOVÁ, Eliška. *Křižovatky: kudy kam v paliativní péči v Praze*. V Praze: Cesta domů, 2020. ISBN 978-80-88126-78-2.

Internetové zdroje

- APGAR, Dawn a PARADA, Mackaully. Missing the Mark? Online. *Advances in Social Work*. 2023, roč. 22, č. 3, s. 876-899. ISSN 2331-4125. Dostupné z: <https://doi.org/10.18060/25748>. [cit. 2024-04-20].
- Basic documents. Online. Forty-ninth edition. Geneva: Geneva: World Health Organization, 2020. ISBN 978-92-4-000051-3. Dostupné z: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf. [cit. 2024-01-31].
- BUTLER, Lisa D.; MERCER, Kelly A.; MCCLAIN-MEEDER, Katie; HORNE, Dana M. a DUDLEY, Melissa. Six domains of self-care: Attending to the whole person. Online. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2019, roč. 29, č. 1, s. 107-124. ISSN 1091-1359.

- Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482483>. [cit. 2024-02-24].
- CESTA DOMŮ, Z.Ú. Domáci hospic. Online. Cesta domů. 2020a. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>. [cit. 2024-01-31].
 - CESTA DOMŮ, Z.Ú. Dříve vyslovené přání. Online. 2020b Umírání.cz. Dostupné z: https://www.umirani.cz/sites/default/files/for_download_document/cd_1etak_drive_vyslovena_prani_pro_lekare_2020_issuu.pdf. [cit. 2024-02-15].
 - CESTA DOMŮ, Z.Ú. *Etický kodex multidisciplinárního týmu Cesty domů*. Online. 2019. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/eticky_kodex_multidisciplinariho_tymu_2019.pdf. [cit. 2024-04-18].
 - CESTA DOMŮ, Z.Ú. *Konec života ve 21. století v naší zemi*. Online. Cesta domů. 2020c. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-studenty/situace-v-cr/>. [cit. 2024-05-02].
 - Co je perinatální hospic? Online. Perinatální hospic. 2014. Dostupné z: <https://perinatalnihospic.cz/co-je-perinatalni-hospic/>. [cit. 2024-05-15].
 - ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ A ČLENŮ PROFESNÍHO SVAZU SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH APSS ČR. Online. 2017. Dostupné z: <https://profesni-svaz-socialnich-pracovniku.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex.pdf>. [cit. 2024-04-18].
 - GLOBAL SOCIAL WORK STATEMENT OF ETHICAL PRINCIPLES. Online. IFSW International Federation of Social Workers. 2018. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>. [cit. 2024-02-17].
 - HEJLOVÁ, Renáta. Listy sociální práce: Paliativní péče v České republice. Online. 2022, roč. 10, č. 31. 2022. Dostupné z: https://www.listy-sp.cz/images/obr/1706254478_podzim-2022-final.pdf. [cit. 2024-05-15].

- KACZOR, Michal. Duševní hygiena sociálního pracovníka a její podpora ze strany zaměstnavatelů a vzdělavatelů jako zásadní činitelé kvalitní praxe. Online. 2019, č. 2. Fórum sociální práce, 2019. Dostupné z: https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2019/12/Michal_Kaczor_9-27.pdf. [cit. 2024-05-15].
- KACZOR, Michal. Psychohygiena sociálního pracovníka. Online. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. 2016. Dostupné z: <https://theses.cz/id/681y4r/>. [cit. 2024-05-02].
- KODYMOVÁ, Pavla. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI, STRES A PÉČE O SEBE. Online. *Revue sociálních služieb*. 2021, roč. 1, č. 2, s. 1-16. Dostupné z: <https://rss.fsvucm.sk/index.php/rss/article/view/15/14>. [cit. 2024-04-15].
- KOŽUSZNIKOVÁ, Aneta. SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI O DĚTI V ČESKÉ REPUBLICE A V POLSKU. Online. In: JARNÍ ŠKOLA SOCIÁLNÍ PRÁCE 2015. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2015, s. 58-66. ISBN 978-80-7464-752-9. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/vedtym/dok/publikace/sbornik_js_2015.pdf. [cit. 2024-05-15].
- LEE, J. J., & MILLER, S. E. (2013). A Self-Care Framework for Social Workers: Building a Strong Foundation for Practice. *Families in Society*, 94(2), 96-103. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>. [cit. 2024-01-31].
- LÍMOVÁ, Michaela. Sebepečce sociálních pracovníků jako etický imperativ? Online. *Sociální práce Sociální práca*. 2023, roč. 2023, č. 6. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/fakta-legislativa-dokumenty/sebepece-socialnich-pracovniku-jako-eticky-imperativ/>. [cit. 2024-04-14].
- MILLER, J. J., GRISE-OWENS, E., & SHALASH, N. (2018). Investigating the self-care practices of social work faculty: an exploratory study. *Social Work Education*, 37(8), 1044–1059. <https://doi.org/10.1080/02615479.2018.1470618> [cit. 2024-02-24].
- NEUMANNOVÁ, Petra. *Úloha pracoviště na duševním zdraví sociálního pracovníka nízkoprahové organizace ve městě Příbram*. Online, Bakalářská

práce, vedoucí PhDr. Pavla Kodymová Ph.D. Praha: Univerzita Karlova, 2021. Dostupné

z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/136643/130307201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2024-04-15].

- NEUMANNOVÁ, Petra. *Vzdělávání sociálních pracovníků v kontextu profesionální péče o sebe*. Online, Diplomová práce, vedoucí PhDr. Pavla Kodymová Ph.D. Praha: Univerzita Karlova, 2024. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/188391/120470011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2024-04-15].
- SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNÁ PRÁCA. Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči. Online. Sociální práce. 2020. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>. [cit. 2024-05-15].
- SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ. *ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR*. Online. 2006. Dostupné z: <https://www.socialnipracovnici.cz/ke-stazeni>. [cit. 2024-04-18].
- UMÍRÁNÍ.CZ. *Adresář služeb*. Online. Umírání.cz. 2024. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#7/49.883/15.491>. [cit. 2024-03-19].
- UNIVERSITY AT BUFFALO. *Introduction to Self-Care*. Online. Nedatováno. Dostupné z: https://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit/introduction-to-self-care.html#title_5. [cit. 2024-04-14].
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Self-care interventions for health*. Online. World Health Organization. Nedatováno. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1. [cit. 2024-04-14].

Legislativní zdroje

- Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 4. 3. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 26. 1. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 4. 3. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 26. 1. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Struktura rozhovoru

Příloha č. 3: Ukázka anonymizovaného rozhovoru

Příloha č. 4: Ukázka zpracovaného rozhovoru

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o výzkumu:

Mé jméno je Adéla Bařtipánová a jsem studentkou Sociální práce na Univerzitě Karlově. Ve své bakalářské práci se věnuji tématu *Profesní péče sociálních a psychosociálních pracovníků o sebe v hospicové péči*. Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumu, který je prováděn metodou polostrukturovaných rozhovorů. Cílem výzkumu je zmapovat, jestli sociální pracovníci v hospicích o sebe pečují a jak k profesní sebezpečí přistupují. Zmapovat, jakým způsobem o sebe pečují a představit možná rizika spojená s prací v hospicích. Rozhovor bude trvat přibližně hodinu a bude anonymizován. Uvedeny budou pouze níže uvedené údaje. Celý rozhovor bude nahráván a poté přepsán do písemné podoby, poté bude nahrávka smazána.

Informace o účastníkovi výzkumu:

označení respondenta:

věk:

pracovní pozice:

typ zařízení:

délka praxe v tomto oboru:

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytnu bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Filozofické fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytnu dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.

Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis:

Příloha č. 2 Struktura rozhovoru

| 1HVO: Jaká jsou specifika práce sociálního pracovníka v hospicové péči? | |
|--|---|
| Dílčí výzkumné otázky | Tazatelské otázky |
| Co považují pracovníci jako specifikum v tomto zaměstnání? | 1) Čím si myslíte, že je práce sociálního pracovníka v hospicové péči specifická? |
| Co považují pracovníci v práci za zátěžové? | 2) Co vás v zaměstnání zatěžuje? |
| 2HVO: Jak vnímají a přistupují sociální pracovníci k profesní sebepéči? | |
| Dílčí výzkumné otázky | Tazatelské otázky |
| Jaký je pohled pracovníků na sebepéči obecně? | 3) Jaká je vaše podoba sebepéče? 4) Na kolik je pro Vás sebepéče důležitá? 5) Cítíte nějaká rizika, pokud byste sebepéči nevěnoval/a prostor? |
| Jakou roli má v profesní sebepéči zaměstnavatel? | 6) Jak vás zaměstnavatel podporuje v rámci profesní sebepéče? 7) Je něco, jak by vám zaměstnavatel mohl pomoci v rámci profesní sebepéče? |

Příloha č. 3 Ukázka anonymizovaného rozhovor

Výzkumník: A vy tedy s rodinou klienta spolupracujete i po smrti klienta? Jak to případně probíhá?

Respondent č. 2: *„Je to individuální. Nicméně zhruba ještě rok po úmrtí, jsme my s nimi v nějakým kontaktu. Mají možnost sem docházet, mají možnost využít psychologa. V rámci odborného poradenství využívají hodně právě nás sociálních pracovníků a naší tradici je vlastně jednou za rok dělat setkání s pozůstalými, aby si vlastně to truchlení třeba po tom roce uzavřeli a aby se k nám vrátili. Takže pro nás je zhruba ten rok. Samozřejmě některý rodiny se k nám vracejí častěji.“*

Výzkumník: A co vás v práci zatěžuje?

Respondent č. 2: *„Zatěžují mě papíry, administrativa, vzhledem k tomu, jak je to stanovený, tak někdy papírů je až moc a člověk by třeba rád ten čas strávil víc s klientem, rodinou než se záznamy.“*

Výzkumník: Tomu rozumím a když se teď přesuneme k té sebeděči, co pro vás sebeděče znamená?

Respondent č. 2: *„Já sebeděči jako takovou beru komplexně, takže se snažím, abych si odpočinula, abych fungovala jak v práci tak doma. Takže se samozřejmě zajímám o všechno, co lze, aby člověk fungoval a zároveň byl odpočatý. Protože bych řekla, že v rámci nezisku sociálních služeb i toho, že je dost málo míst v rámci domovů pro seniory a toho tlaku na umísťování do hospice je daleko víc. Tak samozřejmě člověk se snaží najít rovnováhu tak, aby fungoval.“*

Výzkumník: Mohla byste prosím přiblížit vaši sebeděči? A dokázala byste říci, na kolik je pro vás sebeděče důležitá?

Respondent č. 2: *„Pro mě třeba sebeděče znamená, že se učím dodržovat polední pauzy v hospici, protože samozřejmě někdy toho v rámci té osmihodinové pracovní doby je hodně, takže někdy člověk oběd vynechá, protože třeba jedná s rodinou. Od doby covidu se nám to tak nějak jako zhouplo, že jsme jeli vlastně v kuse, že stravovací režimy a opravdu ten půlhodinový odpočinek na pracovišti bych řekla, že z naší organizace u těch vedoucích pozicí docela vymizel, takže*

vlastně v rámci třeba toho pracovního dne pro mě je sebezpečí, že opravdu si dám svačinu, odejdu z hospice, dojdu si pro jídlo, že pracoviště opustím.

A co jsme se vlastně učili, když je toho fakt moc, tak všem říct stop a na 10 minut si třeba sednout k oknu a jenom koukat z okna. Vysvětlit, že teď toho je opravdu moc a že potřebujeme prostě chvilinku relaxace. Já se v rámci té své pozice učím fungovat v hospici tak, abych měla přestávky a sebezpečí i pro mě znamená dokázat lidem odmítnout nějakou věc. Myslím si, že se to u nás v rámci naší organizace fakt změnilo a covidem, jak bylo hodně nařízený, tohle nemůžete a tohle můžete, jsme jeli v takovém obrovském záprahu. Člověk se snažil vlastně vyhovět tak, aby to bylo funkční a myslím si, že někteří z nás vlastně na ten systém jako jedou furt. Takže pro mě i sebezpečí znamená, že se učím vlastně říct, ne, tohle není pro mě prioritou napiš mi e-mail, vyřeším to příští týden. I když někdo to chce, z hodiny na hodinu. Takže pro mě sebezpečí i v rámci práce znamená takový udržení nějaký stability v rámci pracovního procesu a odpočinku a jinak pro mě sebezpečí je hraní fotbalu.

Příloha č. 4: Ukázka zpracovaného rozhovoru

Výzkumník: A vy tedy s rodinou klienta spolupracujete i po smrti klienta? Jak to případně probíhá?

Respondent č. 2: „Je to individuální. (individuálnost pozůstalých) Nicméně zhruba ještě rok po úmrtí, jsme my s nimi v nějakém kontaktu. (obvyklá délka spolupráce s pozůstalými) Mají možnost sem docházet, mají možnost využít psychologa. V rámci odborného poradenství využívají hodně právě nás sociálních pracovníků a naší tradicí je vlastně jednou za rok dělat setkání s pozůstalými, (práce s pozůstalými) aby si vlastně to truchlení třeba po tom roce uzavřeli a aby se k nám vrátili. Takže pro nás je zhruba ten rok. Samozřejmě některý rodiny se k nám vracejí častěji.“

Výzkumník: A co vás v práci zatěžuje?

Respondent č. 2: „Zatěžují mě papíry, administrativa, (zátěž v zaměstnání-administrativa) vzhledem k tomu, jak je to stanovený, tak někdy papírů je až moc a člověk by třeba rád ten čas strávil víc s klientem, rodinou než se záznamy.“

Výzkumník: Tomu rozumím a když se teď přesuneme k té sebeděči, co pro vás sebeděče znamená?

Respondent č. 2: „Já sebeděči jako takovou beru komplexně, takže se snažím, abych si odpočinula, abych fungovala jak v práci tak doma. (vnímání sebeděče-rovnováha mezi osobní a profesním životem) Takže se samozřejmě zajímám o všechno, co lze, aby člověk fungoval a zároveň byl odpočatý. Protože bych řekla, že v rámci nezisku sociálních služeb i toho, že je dost málo míst v rámci domovů pro seniory a tak toho tlaku na umístování do hospice je daleko víc. Tak samozřejmě člověk se snaží najít rovnováhu tak, aby fungoval“ (rovnováha mezi osobním a profesním životem)

Výzkumník: Mohla byste prosím přiblížit vaši sebeděči? A dokázala byste říci, na kolik je pro vás sebeděče důležitá?

Respondent č. 2: „Pro mě třeba sebeděče znamená, že se učím dodržovat polední pauzy (sebeděče fyzická – stravování, odpočinek) v hospici, protože samozřejmě někdy toho v rámci té osmihodinové pracovní doby je hodně, takže

někdy člověk oběd vynechá, protože třeba jedná s rodinou. Od doby covidu se nám to tak nějak jako zhouplo, že jsme jeli vlastně v kuse, že stravovací režimy a opravdu ten půlhodinový odpočinek na pracovišti bych řekla, že z naší organizace u těch vedoucích pozicí docela vymizel. (vliv covidu na sebeděči) takže vlastně v rámci třeba toho pracovního dne pro mě je sebeděče, že opravdu si dám svačinu, odejdu z hospice, dojdu si pro jídlo, že pracoviště opustím. (sebeděče fyzická – stravování, odpočinek, procházka)

A co jsme se vlastně učili, když je toho fakt moc, tak všem říct stop a na 10 minut si třeba sednout k oknu a jenom koukat z okna. (sebeděče-schopnost říct stop, relaxace) Vysvětlit, že ted' toho je opravdu moc a že potřebujeme prostě chvilinku relaxace. Já se v rámci té své pozice učím fungovat v hospici tak, abych měla přestávky a sebeděče i pro mě znamená dokázat lidem odmítnout nějakou věc. (sebeděče-schopnost odmítnout) Myslím si, že se to u nás v rámci naší organizace fakt změnilo a covidem, jak bylo hodně nařízený, tohle nemůžete a tohle můžete, jsme jeli v takovém obrovském zápřahu. (vliv covidu na sebeděči) Člověk se snažil vlastně vyhovět tak, aby to bylo funkční a myslím si, že někteří z nás vlastně na ten systém jako jedou furt. Takže pro mě i sebeděče znamená, že se učím vlastně říct, ne, tohleto není pro mě prioritou (sebeděče-schopnost odmítnout, určit si priority) napiš mi e-mail, vyřeším to příští týden. I když někdo to chce, z hodiny na hodinu. Takže pro mě sebeděče i v rámci práce znamená takový udržení nějaký stability v rámci pracovního procesu a odpočinku (rovnováha mezi osobním a profesním životem) a jinak pro mě sebeděče je hraní fotbalu. (fyzická sebeděče-sport)