

## **Bakalářská práce**

# **Sociální práce v nemocniční paliativní péči**

*Studijní program:*

B0923P240005 Sociální práce

*Autor práce:*

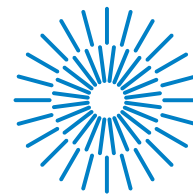
**Jana Štrymplová**

*Vedoucí práce:*

ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Liberec 2026



## Zadání bakalářské práce

### Sociální práce v nemocniční paliativní péči

|                          |                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------|
| <i>Jméno a příjmení:</i> | <b>Jana Štrymplová</b>                        |
| <i>Osobní číslo:</i>     | P23000366                                     |
| <i>Studijní program:</i> | B0923P240005 Sociální práce                   |
| <i>Zadávací katedra:</i> | Katedra sociální práce a speciální pedagogiky |
| <i>Akademický rok:</i>   | 2024/2025                                     |

#### Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Popsat význam a kompetence sociálního pracovníka a zjistit jeho potřebnost při péči o nevléčitelně nemocné pacienty v Krajské nemocnici Liberec.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

*Rozsah grafických prací:*

*Rozsah pracovní zprávy:*

*Forma zpracování práce:*

tištěná/elektronická

*Jazyk práce:*

čeština

### **Seznam odborné literatury:**

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a POSPÍŠILOVÁ, Y., et al, 2004. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

*Vedoucí práce:*

ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

*Datum zadání práce:*

10. března 2025

*Předpokládaný termín odevzdání:*

24. dubna 2026

L.S.

doc. PaedDr. Aleš Suchomel, Ph.D.  
děkan

Mgr. et Mgr. Lenka Nádvorníková,  
Ph.D.  
garant studijního programu

## Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala ThDr. Kateřině Brzákové Beksové, Th.D., vedoucí své bakalářské práce, za laskavé a odborné vedení, cenné rady, důvěru a podporu, kterou mi při jejím zpracování poskytovala. Velmi si vážím jejího lidského přístupu, povzbuzení a motivace, které pro mě byly důležité zejména při dokončování práce. Mé poděkování patří také všem, kteří mi věnovali svůj čas a byli ochotni sdílet zkušenosti a názory. Bez jejich otevřenosti by tato práce nemohla vzniknout. Z celého srdce děkuji své rodině a blízkým za trpělivost a podporu během psaní i celého studia. Děkuji, že jste při mně stáli a pomohli mi dojít až sem.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá sociální prací v nemocniční paliativní péči se zaměřením na význam, kompetence a potřebnost sociálního pracovníka při péči o nevyléčitelně nemocné pacienty v Krajské nemocnici Liberec. Teoretická část vymezuje sociální práci ve zdravotnictví, principy paliativní péče, potřeby pacientů a jejich blízkých a roli sociálního pracovníka v tomto specifickém kontextu. Empirická část je založena na kvalitativním průzkumu realizovaném formou polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníci, lékaři a rodinnými příslušníky pacientů. Práce se zaměřuje na situace, v nichž je sociální pracovník do péče zapojován a na podobu jeho práce s pacientem a rodinou. Současně poukazuje na vybrané faktory, které výkon sociální práce ovlivňují. Závěrečná část práce přináší návrhy opatření směřující k posílení podmínek pro výkon sociální práce v této oblasti.

**Klíčová slova:** kompetence sociálního pracovníka, nevyléčitelně nemocní, paliativní péče, sociální práce v nemocnici.

## **Abstract**

This bachelor's thesis examines social work in hospital palliative care, focusing on the importance, competencies, and necessity of social workers in the care of terminally ill patients at the Liberec Regional Hospital. The theoretical section defines social work in healthcare, the principles of palliative care, the needs of patients and their loved ones, and the role of social workers in this specific context. The empirical section is based on qualitative research conducted through semi-structured interviews with social workers, physicians, and patients' family members. The thesis focuses on situations in which the social worker is involved in care and on the nature of their work with the patient and family. At the same time, it highlights selected factors that influence the practice of social work. The concluding section of the thesis presents proposals for measures aimed at strengthening the conditions for the practice of social work in this field.

**Keywords:** social worker competencies, terminally ill patients, palliative care, social work in hospitals.

# Obsah

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>                                                 | <b>10</b> |
| <b>ÚVOD.....</b>                                                                     | <b>11</b> |
| <b>1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>                                        | <b>13</b> |
| 1.1 KONTEXT SOCIÁLNÍ PRÁCE V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ .....                             | 13        |
| 1.2 LEGISLATIVNÍ RÁMEC .....                                                         | 14        |
| 1.3 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNIČNÍ PRAXI .....                              | 15        |
| 1.3.1 <i>Spolupráce v týmu</i> .....                                                 | 15        |
| 1.3.2 <i>Postavení sociálního pracovníka v nemocnici</i> .....                       | 16        |
| 1.3.3 <i>Činnosti a náplň práce</i> .....                                            | 17        |
| <b>2 PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>                                                       | <b>18</b> |
| 2.1 DEFINICE, CÍLE A PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE .....                                  | 18        |
| 2.2 FORMY A ZPŮSOBY POSKYTOVÁNÍ.....                                                 | 19        |
| 2.2.1 <i>Paliativní přístup</i> .....                                                | 19        |
| 2.2.2 <i>Obecná paliativní péče</i> .....                                            | 19        |
| 2.2.3 <i>Specializovaná paliativní péče</i> .....                                    | 19        |
| 2.3 VÝVOJ A SOUČASNÁ PRAXE V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ V ČR .....                        | 20        |
| 2.4 NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÍ A JEJICH POTŘEBY .....                                     | 22        |
| 2.4.1 <i>Charakteristika skupiny pacientů</i> .....                                  | 22        |
| 2.4.2 <i>Potřeby pacientů</i> .....                                                  | 22        |
| 2.4.3 <i>Potřeby rodiny</i> .....                                                    | 23        |
| <b>3 SOCIÁLNÍ PRÁCE V NEMOCNIČNÍ PALIATIVNÍ PÉČI .....</b>                           | <b>25</b> |
| 3.1 ODBORNÉ KOMPETENCE A ROLE PŘI VÝKONU SOCIÁLNÍ PRÁCE .....                        | 25        |
| 3.1.1 <i>Hodnotová a etická východiska praxe</i> .....                               | 25        |
| 3.1.2 <i>Posuzování potřeb, komunikace a plánování péče</i> .....                    | 26        |
| 3.1.3 <i>Interdisciplinární spolupráce, profesní rozvoj a reflexivní praxe</i> ..... | 27        |
| 3.2 SPECIFICKÉ ČINNOSTI V PÉČI O PACIENTY A JEJICH RODINY .....                      | 28        |
| 3.2.1 <i>Podpora porozumění situaci a formulace očekávání</i> .....                  | 29        |
| 3.2.2 <i>Psychosociální a spirituální podpora</i> .....                              | 29        |
| 3.2.3 <i>Poradenství a praktické zajištění péče</i> .....                            | 30        |
| 3.2.4 <i>Podpora v období truchlení</i> .....                                        | 30        |
| <b>4 METODIKA A PRŮBĚH ŠETŘENÍ.....</b>                                              | <b>32</b> |
| 4.1 CÍL PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY .....                                            | 32        |
| 4.2 METODA A TECHNIKA SBĚRU DAT .....                                                | 32        |
| 4.3 POPIS PRŮZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ .....                                                | 33        |
| 4.4 PRŮZKUMNÝ SOUBOR .....                                                           | 33        |
| 4.5 ETICKÉ ASPEKTY PRŮZKUMU .....                                                    | 34        |
| 4.6 PRŮBĚH PRŮZKUMU .....                                                            | 34        |
| 4.7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....                                                      | 35        |
| 4.8 LIMITY PRŮZKUMU .....                                                            | 36        |

|          |                                                                       |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5</b> | <b>INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ .....</b>                            | <b>38</b> |
| 5.1      | ZAPOJENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE DO PÉČE.....                                  | 39        |
| 5.1.1    | <i>Paliativní péče napříč diagnózami a odděleními .....</i>           | 39        |
| 5.1.2    | <i>Situace, kdy už nestačí řešit jen zdravotní stav.....</i>          | 40        |
| 5.1.3    | <i>Načasování a cesta ke spolupráci.....</i>                          | 41        |
| 5.1.4    | <i>Sdílení informací mezi lékařem a sociální pracovníci.....</i>      | 41        |
| 5.2      | PODOBA SOCIÁLNÍ PRÁCE S PACIENTEM A RODINOU .....                     | 43        |
| 5.2.1    | <i>Navázání kontaktu a zjišťování potřeb .....</i>                    | 43        |
| 5.2.2    | <i>Doprovázení při rozhodování o další péči .....</i>                 | 45        |
| 5.2.3    | <i>Od ujasnění postupu k praktickému zajištění péče.....</i>          | 46        |
| 5.2.4    | <i>Profesní nároky na výkon sociální práce v paliativní péči.....</i> | 48        |
| 5.2.5    | <i>Pohled lékařů a rodinných příslušníků .....</i>                    | 49        |
| 5.3      | LIMITY SOCIÁLNÍ PRÁCE V NEMOCNIČNÍ PALIATIVNÍ PÉČI .....              | 50        |
| 5.3.1    | <i>Čas jako limitující faktor .....</i>                               | 50        |
| 5.3.2    | <i>Chybějící prostor a organizační zázemí .....</i>                   | 51        |
| 5.3.3    | <i>Když informace nebo načasování nenavazují .....</i>                | 52        |
| 5.3.4    | <i>Pozůstalostní podpora jako nenaplněná oblast.....</i>              | 53        |
| 5.3.5    | <i>Emoční zátěž a způsoby jejího zvládnutí .....</i>                  | 54        |
| 5.4      | SHRNUTÍ HLAVNÍCH ZJIŠTĚNÍ.....                                        | 54        |
| <b>6</b> | <b>DISKUSE .....</b>                                                  | <b>58</b> |
| <b>7</b> | <b>NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ .....</b>                                      | <b>64</b> |
|          | <b>ZÁVĚR .....</b>                                                    | <b>66</b> |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>                                  | <b>68</b> |
|          | <b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>                                            | <b>74</b> |

## **Seznam použitých zkratek**

CPP – Centrum paliativní péče

ČR – Česká republika

EAPC – Evropská asociace paliativní péče

KNL – Krajská nemocnice Liberec, a.s.

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR

## Úvod

Paliativní péče je v současnosti stále více spojována s podporou kvality života pacienta a jeho blízkých již v období, kdy je zřejmé, že léčba nemůže vést k uzdravení. Neomezuje se proto jen na péči v samotném závěru života nebo výhradně v hospicovém prostředí. V nemocnici má tento přístup zvláštní význam, protože právě zde bývá pacientům a rodinám často sdělována změna léčebného záměru a současně se začíná rozhodovat o tom, jak bude péče pokračovat mimo akutní lůžko.

V okamžiku, kdy již nestačí řešit pouze zdravotní stav, vystupují do popředí otázky sociálního zázemí, možností domácí péče, hospicové podpory, komunikace s rodinou a praktického zvládnutí dalšího období. Tyto oblasti ukazují, že péče o nevyléčitelně nemocného pacienta nemůže být omezena pouze na medicínské úkony. Její součástí se stává také porozumění životní situaci nemocného a hledání takového řešení, které je odborně vhodné, lidsky přijatelné a v konkrétních podmínkách skutečně proveditelné.

Propojení zdravotnické péče se sociální situací pacienta a jeho rodiny představuje jednu z důležitých oblastí nemocniční paliativní péče. Rozhodování o následujícím období se často odehrává v čase, kdy pacient i jeho blízcí čelí nejistotě, změně dosavadního způsobu života a potřebě rychle se zorientovat v nové situaci. Z tohoto důvodu je v práci věnována pozornost významu sociálního pracovníka v tomto prostředí a kompetencím, které při péči o nevyléčitelně nemocné pacienty uplatňuje.

Téma bylo zvoleno s ohledem na rozvoj nemocniční paliativní péče, potřebu přiblížit sociální práci v akutním zdravotnickém zařízení a také na profesní zkušenost autorky jako všeobecné sestry v Krajské nemocnici Liberec. Právě zkušenost z nemocničního prostředí ukazuje, že péče o nevyléčitelně nemocného pacienta se neodehrává pouze v rovině diagnózy a léčby, ale zasahuje do běžného fungování celé rodiny. Studium sociální práce umožnilo nahlížet na tyto situace také ze sociální perspektivy a zaměřit se na význam sociální práce v péči o pacienta a jeho blízké.

Cílem bakalářské práce je popsat význam a kompetence sociálního pracovníka a zjistit jeho potřebnost při péči o nevyléčitelně nemocné dospělé pacienty v Krajské nemocnici Liberec. Práce se zaměřuje na sociální práci v nemocniční paliativní péči o dospělé pacienty, pediatriká paliativní péče zde není zahrnuta.

Teoretická část nejprve vymezuje legislativní a odborné ukotvení sociální práce ve zdravotnictví. Následně jsou popsány principy a formy paliativní péče, včetně její sou-

časné praxe v nemocničním prostředí. Pozornost je dále věnována charakteristice nevyléčitelně nemocných pacientů a jejich specifickým potřebám. Poslední kapitola teoretické části je věnována sociální práci v nemocniční paliativní péči, zejména činností a kompetencím sociálního pracovníka v péči o nevyléčitelně nemocné pacienty a jejich blízké. Empirická část představuje kvalitativní průzkum realizovaný formou polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníci, lékaři a rodinnými příslušníky pacientů. Na základě průzkumných zjištění jsou v závěrečné části formulovány návrhy opatření směřující k posílení podmínek pro výkon sociální práce v nemocniční paliativní péči.

V textu jsou používány termíny klient, pacient a nemocný. Volba konkrétního pojmu se řídí kontextem dané pasáže, ať už sociálním či zdravotnickým, přičemž ve všech případech je jimi míněn příjemce paliativní péče. V práci jsou dále rozlišovány pojmy sociální pracovník a sociální pracovnice. V teoretické rovině, ve formulaci cíle práce a v průzkumných otázkách zůstává obecné označení sociální pracovník. V průzkumné, diskusní a závěrečné části je vzhledem k personálnímu složení zkoumaného pracoviště a autentičtě citací používáno označení sociální pracovnice.

Při zpracování bakalářské práce byly v omezené míře využity nástroje umělé inteligence, konkrétně ChatGPT od společnosti OpenAI, a to zejména pro jazykovou korekturu, stylistické úpravy textu a konzultaci struktury jednotlivých kapitol. Veškerý odborný obsah, interpretace dat a závěry byly zpracovány autorkou práce.

# 1 Sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce představuje profesi zaměřenou na podporu jednotlivců i skupin při zvládnání náročných životních situací. Jejím cílem je především posilování schopností člověka, aby byl schopen nepříznivé životní události zvládat samostatně, případně s podporou rodiny (Matoušek 2016, s. 213). V kontextu zdravotnictví nabývá tato pomoc zvláštního významu, neboť změna zdravotního stavu může zásadně ovlivnit sociální fungování člověka. Nejen, že může být omezena jeho schopnost řešit věci samostatně, ale následkem nemoci mohou vznikat také nové sociální problémy, jako je například izolace nebo ekonomické potíže. Z tohoto důvodu představuje sociální práce ve zdravotnictví nepostradatelnou součást komplexní péče o člověka vyžadujícího zdravotnickou pomoc (Šlenkrťová a Marková 2012, s. 3).

## 1.1 Kontext sociální práce v systému zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví je vnímána jako specifický obor nacházející se na rozhraní zdravotnictví a sociální práce. Při zajišťování komplexní podpory klientům propojuje prvky obou profesí, přičemž je nezbytné respektovat standardy sociální i zdravotnické péče (Kutnohorská et al. 2011, s. 24).

Podle Kuzníkové (2011, s. 18) se sociální práce ve zdravotnictví vyznačuje širokým spektrem činností a oblastí zaměření. Jejím hlavním posláním je poskytování podpory klientům, tedy pacientům a jejich rodinám, s cílem usnadnit zvládání obtížné životní situace spojené s onemocněním a minimalizovat její sociální důsledky. Smyslem této podpory je umožnit lidem i přes zdravotní omezení co nejlépe naplňovat jejich životní potřeby. Pomoc a psychosociální podpora při zvládání dopadů nemoci na každodenní život jsou považovány za nedílnou součást celkové péče o pacienta (Bratoeva et al. 2025, s. 3701).

Kuzníková (2011, s. 18–19) dále upozorňuje, že realizace sociální práce ve zdravotnictví sice vychází z teoretických základů oboru sociální práce, zároveň je však přizpůsobena specifickým potřebám cílové skupiny klientů. V praxi tedy může být zaměřena buď na podporu soběstačnosti klienta, nebo na posílení jeho psychické odolnosti a motivace k léčbě. Vždy však respektuje poslání sociální práce a zároveň konkrétního zdravotnického zařízení.

## 1.2 Legislativní rámec

V České republice je sociální práce ve zdravotnictví legislativně ukotvena v několika klíčových právních předpisech, které vymezují postavení, kompetence i odpovědnost sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení.

Základním právním rámcem je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jenž stanovuje kvalifikační požadavky a vymezuje odborné činnosti sociálních pracovníků. Znalost tohoto zákona je pro každého sociálního pracovníka nezbytná, neboť specifikuje zásady poskytování pomoci, definuje konkrétní činnosti a chrání práva klientů (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Vzhledem ke specifickému zaměření sociální práce, která vyžaduje odborné znalosti jak ze sociální, tak zdravotnické oblasti, je nutné zmínit zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Ten stanovuje kritéria, za jakých lze získat kvalifikaci zdravotně-sociálního pracovníka, tedy sociálního pracovníka způsobilého k samostatnému výkonu sociální práce ve zdravotnictví. V současnosti je možné tuto kvalifikaci získat vysokoškolským studiem oboru zdravotně-sociální péče<sup>1</sup>, nebo ji sociální pracovník získá absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu. Zdravotně-sociálním pracovníkem může být také všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka či zdravotnický záchranář, pokud absolvují studium oboru sociální práce dle zákona o sociálních službách. V platnosti je také kvalifikace všeobecných sester, kterým bylo v minulosti umožněno absolvovat specializační studium v oboru zdravotně-sociální péče (MZ 2025a; Zákon č. 96/2004 Sb., § 10).

Podrobnosti týkající se výkonu zdravotně-sociální práce upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., která vymezuje rozsah činností, jež může zdravotně-sociální pracovník vykonávat bez odborného dohledu. V rámci zdravotnictví mohou působit i sociální pracovníci bez zdravotnické kvalifikace, jejich činnost je však omezena a podřízena vedení zdravotnického pracovníka (Kubalčíková 2018, s. 130).

---

<sup>1</sup> Podle aktuálního přehledu MZČR (2024) nabízí tento obor v ČR šest vysokých škol, např. Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity nebo Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Sociální pracovník ve zdravotnictví se při výkonu své profese opírá o široké spektrum právních norem, což vyplývá z rozmanitosti potřeb klientů. Z oblasti zdravotnictví jsou pro něj klíčové zejména předpisy o veřejném zdravotním pojištění, ochraně veřejného zdraví, ochraně lidských práv a svobod či ochraně osobních údajů.<sup>2</sup> V oblasti sociální politiky má oporu například v zákoně o pomoci v hmotné nouzi nebo o státní sociální podpoře<sup>3</sup>. Zároveň musí sociální pracovník respektovat vnitřní pravidla a standardy zdravotnického zařízení, v němž působí (Kuzníková 2011, s. 53–54).

Právní předpisy tedy tvoří základ profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví a jsou nezbytným předpokladem pro profesionální výkon jeho činnosti. Vymezují hranice odpovědnosti a zároveň poskytují oporu při ochraně práv pacientů i jejich blízkých.

V dalším textu bude pro zjednodušení používán pojem sociální pracovník, ale vždy je tím míněn odborník s odpovídající zdravotnickou kvalifikací, který samostatně vykonává sociální práci v nemocničním prostředí.

### **1.3 Role sociálního pracovníka v nemocniční praxi**

Pro úplné pochopení role sociálního pracovníka v nemocnici je nezbytné zaměřit se na jeho postavení a činnosti, které ve zdravotnickém zařízení vykonává. V nemocnici zastává sociální pracovník specifickou profesní roli v rámci týmu odborníků poskytujících zdravotní péči. Výkon sociální práce je realizován jak na odděleních poskytujících akutní péči, tak na lůžkách péče následné (Franěk 2019, s. 15). Sociální pracovník v tomto kontextu zajišťuje propojení mezi nemocničním a sociálním prostředím pacienta a svým působením umožňuje komplexní přístup k jeho potřebám.

#### **1.3.1 Spolupráce v týmu**

Nedílnou součástí sociální práce v nemocnici je spolupráce s ostatními profesemi. V odborné literatuře je většinou zmiňována multidisciplinární spolupráce či práce v multidisciplinárním týmu. V této souvislosti Kuzníková (2011, s. 25) uvádí, že ve zdravotnictví je vhodnější mluvit o spolupráci interdisciplinární, protože péče je výsledkem společného

---

<sup>2</sup> Mezi relevantní právní předpisy patří zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů; zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů; usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky a zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

<sup>3</sup> Jedná se zejména o zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi.

hledání napříč profesemi. Rozdíl mezi oběma přístupy popisují Martin et al. (2022), podle nichž v multidisciplinárním týmu jednotliví odborníci pracují samostatně, každý člen přispívá svým odborným pohledem, avšak péči řídí lékař. V tomto případě jde spíše o koordinovanou spolupráci, v níž bývá postavení sociálního pracovníka méně rovnocenné. Naproti tomu interdisciplinární spolupráce je založena na vzájemné komunikaci, porozumění rolím ostatních profesí a na společném rozhodování o dalším postupu. To potvrzuje i Beder (2013, s. 5), který uvádí, že propojení různých druhů odborných znalostí a dovedností umožňuje poskytovat komplexní péči pacientovi i jeho rodině. V tomto kontextu je role sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu nezastupitelná, neboť se zaměřuje na potřeby pacienta a jeho rodiny v širších životních souvislostech a tím přispívá k celostní péči.

### **1.3.2 Postavení sociálního pracovníka v nemocnici**

Postavení sociálního pracovníka v nemocnici není jednoznačně vymezené a jeho organizační začlenění se liší podle charakteru a velikosti zařízení. V některých nemocnicích je zřízeno samostatné oddělení sociální práce s vlastním vedením, které zastřešuje činnost pracovníků a zajišťuje jejich komunikaci s managementem nemocnice. V jiných zařízeních jsou sociální pracovníci začleněni přímo na jednotlivých odděleních a podřízeni jejich vedoucím (Kubalčíková 2018, s. 135–136).

Kubalčíková (2018, s. 135–136) dále uvádí, že kromě odlišného organizačního začlenění se liší také rozsah působnosti. V některých nemocnicích pracují sociální pracovníci pouze na vybraných odděleních, jinde zajišťují agendu pro celé zařízení, což výrazně ovlivňuje množství klientů a pracovní zátěž.

Kuzníková (2011, s. 20) poukazuje na skutečnost, že postavení sociálních pracovníků je v některých nemocnicích komplikováno nejasně vymezenými kompetencemi a pracovní náplní. V důsledku toho může v praxi docházet k překrývání činností se zdravotnickým personálem, což může oslabovat jednoznačné ukotvení této profese v rámci zdravotnického zařízení. Důležitou součástí postavení sociálního pracovníka v nemocnici je jeho role v multidisciplinárním týmu. Publikace *Sešit sociální práce – Sociální práce ve zdravotnictví* (Urban 2019) představuje zkušenosti z praxe, které ukazují, že sociální pracovníci jsou vnímáni jako nepostradatelní členové těchto týmů, neboť přispívají k efektivní koordinaci péče. Uvedené zkušenosti zároveň potvrzují, že přítomnost sociálních pracovníků v nemocnici je nezastupitelná a jejich význam stále roste.

Tento trend se odráží ve stále širším spektru činností, které plní v rámci každodenní praxe.

### **Činnosti a náplň práce**

V rámci seznámení s legislativním ukotvením již bylo uvedeno, že činnosti, které sociální pracovník v nemocnici vykonává, jsou podmíněny jeho odbornou kvalifikací. Zahrnují široké spektrum úkolů vycházejících z potřeb pacientů a jejich rodin. Patří sem především sociální prevence a depistážní činnost orientovaná na vyhledávání osob v tíživé sociální situaci, provádění sociálního šetření a posuzování životních podmínek pacientů ve vztahu k jejich onemocnění. Důležitou součástí práce sociálního pracovníka je rovněž sestavování plánů psychosociální intervence a ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky také realizace odpovídajících opatření. Dále sociální pracovník poskytuje poradenství v sociálněprávní oblasti, podílí se na integraci pacientů s narušenými sociálními vztahy do společnosti a zajišťuje kontinuitu péče při jejich propuštění z nemocnice. Součástí jeho práce je také podpora pozůstalých a vyřizování nezbytných záležitostí v případě úmrtí osamělých pacientů (Vyhláška 55/2011 Sb., § 9).

Kromě legislativy vycházejí činnosti sociálního pracovníka v nemocnici také z odborných metodických doporučení. Aby mohla být podpora pacientů a jejich rodin efektivně realizována, je nezbytné, aby sociální pracovníci postupovali podle jednotných pravidel. Právě proto byl Českou asociací sester – zdravotně sociální sekci vypracován *Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních*, jenž vymezuje pracovní postup a okruh činností sociálního pracovníka při zajišťování sociální péče ve zdravotnickém zařízení (Šlenkrťová, Marková 2012, s.1–2).

Z uvedeného vyplývá, že činnosti sociálního pracovníka v nemocnici pokrývají jak oblast prevence a sociální diagnostiky, tak zajištění návazné péče či podporu rodin v krizových situacích. Franěk (2019, s. 17–18) dále vysvětluje, že sociální pracovník v nemocnici poskytuje podporu klientům s nejrůznějšími problémy z různých sociálních vrstev, přičemž jejich rostoucí počet a zkracující se doba hospitalizace kladou důraz na rychlé a komplexní řešení jejich potřeb. Jeho činnost se tak dynamicky přizpůsobuje aktuální skladbě pacientů a vyžaduje širokou odbornou orientaci v oblasti sociální práce.

## 2 Paliativní péče

Široká škála činností sociálního pracovníka nabývá zvláštního významu v kontextu poskytování nemocniční paliativní péče, kdy se potřeby pacientů a jejich blízkých dále prohlubují. Proto je nutné věnovat pozornost samotné podstatě paliativní péče a specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných pacientů a jejich rodin.

### 2.1 Definice, cíle a principy paliativní péče

Původ termínu paliativní v latinském slově *palliare* odkazuje k ulehčení, skrytí či usnadnění. Tento význam jednoduše vystihuje samotnou podstatu paliativní péče, tedy zmírňování utrpení a komplexní podporu člověka v období závažného nevyléčitelného onemocnění (Sláma a Vafková 2020).

Světová zdravotnická organizace (WHO 2020) definuje paliativní péči jako přístup, jehož cílem je zlepšení kvality života pacientů s život ohrožujícím onemocněním. Zahrnuje nejen prevenci a zmírňování obtíží, ale také psychosociální a spirituální podporu. Blízké a pečující osoby se rovněž nacházejí v náročné životní situaci, a proto je podpora směřována i k nim. Smyslem paliativní péče je zachovat co nejvyšší kvalitu života navzdory závažnému onemocnění, tedy dojít na konec své životní cesty co nejdůstojněji a nejaktivněji.

Sláma (2022, s. 21) uvádí, že nezbytným předpokladem paliativní péče je respekt k osobnosti nemocného, jeho hodnotám a životním zkušenostem. Každý člověk by měl mít možnost podílet se na rozhodování o podobě péče a zachovat si kontrolu nad svým životem. Takový přístup umožňuje zachovat lidskou důstojnost a posiluje pocit bezpečí a smyslu i v závěrečné fázi života.

Podle Kabelky (2018, s. 35) má v paliativní péči významnou úlohu interdisciplinární spolupráce, která zahrnuje zapojení odborníků z různých profesí. Na poskytované péči se podílejí nejen zdravotníci, ale také duchovní, psychologové, sociální pracovníci a další specialisté. Důležitým principem paliativní péče je rovněž zajištění kontinuity podpory, která je poskytována rodině nemocného i po jeho úmrtí. Sláma (2022, s. 21) doplňuje, že nedílnou součástí paliativní péče je aktivní účast rodiny a blízkých pacienta, přičemž mohou být využity také služby dobrovolníků.

V současné společnosti je poskytování paliativní péče považováno za nezbytnou součást zdravotní péče, která by měla být dostupná všem, kdo ji potřebují (WHO 2022). Její začlenění do systému zdravotních služeb vyjadřuje rostoucí důraz na lidskost a respekt k důstojnosti a potřebám člověka v závěru života.

## **2.2 Formy a způsoby poskytování**

Paliativní péče se poskytuje na různých úrovních a v odlišných formách podle potřeb nemocných a jejich blízkých. Evropská asociace pro paliativní péči rozlišuje tři úrovně paliativní péče, a to paliativní přístup a paliativní péči, která je buď obecná, nebo specializovaná (Payne et al. 2022, s. 686). V praxi je nezbytné zajistit jejich dostupnost a vzájemnou propojenost napříč zdravotní a sociální oblastí (MZ 2025b, s.10). Tímto způsobem je možné pružně reagovat na měnící se potřeby pacientů a jejich rodin.

### **2.2.1 Paliativní přístup**

Paliativní přístup představuje způsob, jak začlenit principy paliativní péče do každodenní praxe i bez specializovaného vzdělání v této oblasti. Uplatňuje se všude tam, kde může přispět ke zlepšení kvality života vážně nemocného člověka. Využívá se především v nemocnicích a hospicích, ale své místo má také v domovech pro seniory či při poskytování domácí péče (MZ 2025b, s. 10; Payne et al. 2022).

### **2.2.2 Obecná paliativní péče**

Obecná paliativní péče tvoří základní odbornou podporu pro osoby s nevléčitelným onemocněním. V dokumentu *Strategie rozvoje paliativní péče v ČR* (MZ 2025b) je popisována jako dobrá klinická praxe, která je poskytována vzdělanými zdravotníky v rámci jejich základních odborností. Je zajišťována lékaři, s nimiž se pacienti pravidelně setkávají v průběhu své léčby, a také ostatními zdravotníky, psychology nebo sociálními pracovníky. Všichni tito odborníci by měli mít základní znalosti z oblasti paliativní péče a dovednosti potřebné k řešení běžných potřeb pacientů a jejich blízkých (MZ 2025b; Payne et al. 2022, s. 686).

### **2.2.3 Specializovaná paliativní péče**

Potřeby pacientů a jejich blízkých mohou vyžadovat komplexnější a odbornější přístup, který poskytuje specializovaná paliativní péče. Ta je založena na interdisciplinární spolupráci odborníků, kteří mají specifické vzdělání, paliativní péči se primárně věnují a mohou tak poskytnout intenzivní podporu v těch nejnáročnějších situacích.

V českém systému zdravotních služeb existují čtyři formy specializované paliativní péče, a to ambulance paliativní medicíny, konziliární paliativní týmy, mobilní specializovaná péče a lůžkový hospic (MZ 2025b, s.11).

V nemocnicích je specializovaná paliativní péče zajišťována konziliárním týmem paliativní péče, který poskytuje odbornou podporu a aktivně se podílí na řešení náročných situací. Složení týmu není závazně předepsáno, avšak odborný standard doporučuje jeho minimální složení zahrnující lékaře, všeobecnou sestru, zdravotně sociálního pracovníka a psychologa nebo zdravotníka s odpovídajícím psychoterapeutickým výcvikem. Dle potřeby mohou být do péče zapojeny také další profese, například nemocniční kaplan, fyzioterapeut či nutriční terapeut. Společným úkolem všech těchto odborníků je aktivní komunikace s pacientem a jeho blízkými, cílená podpora a zajištění péče, která zohledňuje jejich psychické, sociální a spirituální potřeby (MZ 2022b, s. 5; MZ 2025b, s. 56–57).

Konziliární tým se do péče zapojuje na žádost ošetřujícího personálu, ale také na přímý podnět pacienta nebo jeho rodiny. Obvykle je potřeba citlivě komunikovat závažná témata související s nemocí, pomoci pochopit nastalou situaci, poskytnout podporu při zvládání emocí, úzkosti či existenciální tísně, a také nabídnout pomoc v oblasti sociální a organizační podpory, včetně zajištění návazné péče (MZ 2022b, s. 3).

Některá zdravotnická zařízení nejsou schopna takový tým sestavit, a proto lze do specializované nemocniční paliativní péče zařadit také ambulance paliativní medicíny působící při nemocnicích. Koordinace péče je v těchto případech náročnější, přesto mohou tyto ambulance alespoň částečně zastoupit funkci paliativních týmů a přispět k dostupnosti specializované péče v nemocničním prostředí (Sláma et al. 2019).

## **2.3 Vývoj a současná praxe v nemocničním prostředí v ČR**

Potřeba paliativní péče v nemocničním prostředí je v České republice intenzivněji vnímána až v posledním desetiletí. Na nutnost rozvoje specializované paliativní péče v českých nemocnicích upozornily především aktivity Nadačního fondu Avast a Centra paliativní péče v rámci jejich projektu *Spolu až do konce 2016–2020*, jehož cílem bylo podpořit vznik paliativních týmů (CPP 2025). Klíčové poznatky a zkušenosti z projektu jsou shrnuty v publikaci *8 doporučení pro začínající paliativní týmy v nemocnicích*, která kromě cenných doporučení zároveň přispěla k diskusi o potřebných změnách a pomohla nastavit směr dalšího rozvoje paliativní péče (Abakus 2022).

Významným impulsem pro systematický rozvoj nemocniční paliativní péče bylo také zjištění, že významná část pacientů s nevléčitelným onemocněním prožívá závěrečnou fázi života v nemocnicích, které však na tuto péči nejsou dostatečně a komplexně připraveny (Kabelka et al. 2016). Proto byl v letech 2018–2022 realizován pilotní projekt MZ ČR *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče*. Ve vybraných zdravotnických zařízeních byla paliativním týmům poskytnuta podpora, současně se ověřovala jejich činnost a sbírala data pro účely dalšího rozvoje a sjednocení poskytované péče napříč celým systémem (MZ 2022a). Významným výstupem projektu byla metodika zavádění nemocničních konziliárních týmů a standardy, které specifikují zásady a způsob poskytování specializované paliativní péče v nemocnicích (MZ 2022b, Sláma et al. 2019)<sup>4</sup>.

Na výstupy pilotního projektu dále navázala *Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035*, která stanovuje prioritní oblasti rozvoje. Jednou z těchto priorit je posílení nemocniční paliativní péče a zajištění dostupnosti specializovaných konziliárních týmů. Dokument zároveň zdůrazňuje potřebu vzdělávání v oboru paliativní péče pro všechny profese, které se na péči o nevléčitelně nemocné podílejí, a to jak na úrovni obecné, tak specializované péče (MZ 2025b).

V současnosti jsou požadavky na vzdělávání v této oblasti podporovány například grantovou výzvou *Program podpory individuálního vzdělávání v oblasti paliativní péče*, umožňující čerpat finanční podporu na další vzdělávání všem, kdo se mohou na jejím rozvoji podílet, tedy i sociálním pracovníkům (Nadační fond pro rozvoj paliativní péče 2025).

Výše uvedené skutečnosti potvrzují, že vývoj nemocniční paliativní péče zaznamenal řadu pozitivních změn. Rostoucí podpora ze strany státu i neziskového sektoru, jasné definované standardy, ale také požadavky na vzdělávání všech zapojených profesí vytvářejí příznivé podmínky pro její další rozvoj.

---

<sup>4</sup> Jedná se o dokumenty *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení* a *Standardy poskytování specializované paliativní péče ve formě konziliárního týmu paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR*.

## **2.4 Nevyléčitelně nemocní a jejich potřeby**

Historicky byla paliativní péče spojována především s onkologickými pacienty a představovala péči poskytovanou v samotném závěru života. V současnosti je však zřejmé, že z tohoto přístupu může profitovat celá řada pacientů, a to mnohem dříve než v posledních týdnech života, kdy se poskytuje tzv. terminální paliativní péče. Včasná identifikace potřeb a podpora již v počátečních fázích závažného onemocnění je nezbytným předpokladem pro zlepšení kvality života pacientů a jejich blízkých (Sláma 2022, s. 22).

### **2.4.1 Charakteristika skupiny pacientů**

Nevyléčitelné onemocnění nemusí nutně znamenat bezprostřední ohrožení života, podstatné je, že jej současná medicína nedokáže vyléčit a nemoc nevyhnutelně směřuje ke konci života dané osoby. Velmi často jde o chronická onemocnění, jež způsobují postupné zhoršování fyzického i psychického stavu a zasahují také do sociální roviny pacientů a jejich rodin. Vhodnost paliativní péče je vždy určována celkovým zdravotním stavem, mírou obtíží a individuálními potřebami pacienta (Sláma 2022, str. 22–23).

### **2.4.2 Potřeby pacientů**

Potřebu lze chápat jako pocit nedostatku, který člověka motivuje k jednání a její neuspokojení vede ke zhoršenému prožívání s negativním dopadem na kvalitu života. Obecně se potřeby vztahují k pocitu tělesné, duševní, sociální a spirituální pohody (Matoušek 2016, s. 157). Pacienti vyžadující paliativní péči čelí celé řadě specifických potřeb, které vyplývají z jejich zdravotního stavu, měnící se životní situace a vlastního prožívání nemoci.

Mezi potřeby biologické patří základní potřeby nemocného těla, jako je například výživa nebo vylučování, ale také tišení bolesti či podpora dýchání, přičemž úleva od fyzických obtíží je převážně v kompetenci zdravotníků (Svatošová 2011, s. 19).

Potřeby psychické zahrnují především respekt k lidské důstojnosti a jedinečnosti každého člověka, bez ohledu na jeho fyzický a duševní stav (Svatošová 2011, s. 20). Bužgová (2015, s. 90–91) zmiňuje také možnost podílet se na rozhodování o vlastní péči a potřebu přiměřené komunikace, včetně dostatečných a srozumitelných informací o zdravotním stavu. Kalvach (2019, s. 19) dále doplňuje význam pocitu bezpečí a důvěry v kvalitu poskytované péče.

V oblasti sociálních potřeb je zdůrazňována především potřeba vztahů a kontaktů s druhými lidmi, včetně respektu k právu nemocného rozhodovat o tom, s kým se chce setkávat. Současně je třeba zohledňovat také nejistotu v oblasti sociálního zajištění, která

může pacienty významně zatěžovat (Svatošová 2011, s. 20). Haškovcová (2007, s. 163) doplňuje, že zajištění odpovídajících sociálních a materiálních podmínek je předpokladem uspokojování ostatních potřeb nemocného.

V průběhu závažné nemoci nabývají na významu otázky hodnot, životní bilance a hledání smyslu života, a to i u osob bez náboženské víry (Svatošová 2011, s. 21). Jejich význam narůstá v terminální fázi onemocnění, kdy je pro umírající důležitá potřeba smíření a rozloučení s blízkými osobami (Kalvach 2019, s. 19).

Vnímání potřeb může být rozdílné například v závislosti na typu onemocnění či psychickém stavu. Zatímco u onkologických pacientů bývá preferována potřeba zmírňování fyzických obtíží, spirituální podpora nebo možnost sdílet své pocity, u jiných nemocných je upřednostňován kontakt s blízkými či řešení praktických záležitostí zdravotně-sociální péče, jako je například finanční zajištění rodiny (Bužgová 2015, s. 98). Zhoršení psychického stavu, především úzkost a deprese, může vnímání potřeb i míru jejich naplnění významně ovlivnit (Bužgová 2015, s. 60).

### **2.4.3 Potřeby rodiny**

Osoby blízké a rodinní příslušníci pacientů mají řadu potřeb, jejichž naplňování je nedílnou součástí komplexní paliativní péče. Parkes et al. (2007, s. 97) konstatují, že podpora rodiny je přínosem i pro pacienta, neboť posiluje schopnost jejích členů poskytovat si vzájemnou oporu.

Podle Bužgové (2015, s. 120) jsou pro rodinné příslušníky prioritou potřeby pacienta, přičemž za důležité považují vědomí, že je o jejich blízkého dobře postaráno. Současně rodiny zdůrazňují potřebu informací. Bužgová (2015, s. 124–125) doplňuje, že právě informace a otevřená komunikace pomáhají rodinám zvládat strach a úzkost, plánovat zbývající čas s nemocným, připravit se na jeho smrt a rozloučit se podle vlastních představ. Dostatečná informovanost zároveň usnadňuje rozhodování o případném převzetí nemocného do domácí péče.

Mezi sociální potřeby rodiny lze zařadit zejména podporu při zvládání dopadů dlouhodobé zátěže na rodinné vztahy a běžné fungování rodiny. Neméně důležitá je orientace v systému sociální podpory (Kopecký 2022, s. 326). Bužgová (2015, s. 127) dále zdůrazňuje význam kontaktu, především možnost být se svým blízkým kdykoli podle potřeby, přestože jeho zajištění může být ve zdravotnickém zařízení organizačně náročnější.

Potřeba smíření, tedy přijetí skutečnosti, že blízký člověk brzy zemře, představuje pro rodinu významnou psychickou zátěž. Přijetí této reality může usnadnit přípravu na závěr života, zatímco její popírání může vést k požadování zbytečné léčby nebo postupnému psychickému vyčerpání (Bužgová 2015, s. 128–129).

Pro rodiny je významná také potřeba podpory a respektu ze strany zdravotnického personálu (Bužgová 2015, s. 136). Parkes et al. (2007, s. 98) doplňují, že zdrojem podpory a útěchy může být i samotná přítomnost profesionálů, která rodinu ujišťuje, že na zvládání těžké situace není sama. Bužgová (2015, s. 129) zároveň poukazuje na přínos plynulého pokračování podpory rodiny v období truchlení.

### 3 Sociální práce v nemocniční paliativní péči

Sociální práce v nemocniční paliativní péči představuje specifickou oblast především tím, že je realizována v podmínkách akutního provozu. U paliativních pacientů může docházet k rychlým změnám zdravotního stavu, jejichž důsledkem mohou být změny sociální situace pacienta a jeho rodiny. Z uvedeného vyplývá potřeba včasného zahájení intervence sociálního pracovníka a zajištění návazné podpory pro pacienta i jeho blízké v krátkém čase. Současně je práce vykonávána v situacích zvýšené psychické zátěže všech zúčastněných osob, což zvyšuje nároky na odborné kompetence sociálního pracovníka.

#### 3.1 Odborné kompetence a role při výkonu sociální práce

Role sociálního pracovníka v nemocniční paliativní péči vyplývá z jeho postavení člena interdisciplinárního týmu a z úzké spolupráce s ostatními profesemi. Do péče přináší sociální pohled na situaci pacienta a jeho blízkých. Zaměřuje se především na souvislosti, které mohou ovlivnit další průběh péče, její dostupnost a zvládnutelnost.

Kompetence sociálního pracovníka v nemocniční paliativní péči nejsou v České republice jednoznačně vymezeny a v praxi tak vycházejí zejména z obecného rámce zdravotně-sociální práce v nemocnici a standardů jednotlivých zdravotnických zařízení. Pro jejich vymezení lze vycházet především z klíčových kompetencí, které pro sociální pracovníky v paliativní a hospicové péči definovala pracovní skupina Evropské asociace pro paliativní péči a které podrobně popsali Hughes et al. (2015)<sup>5</sup>. V českém prostředí pak na tento kompetenční rámec navazuje odborné vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti paliativní péče<sup>6</sup> (CPP 2026b). Vzhledem k tomu, že v praxi se uvedené kompetence vzájemně prolínají, jsou v následujícím textu seskupeny do tří tematických okruhů.

##### 3.1.1 Hodnotová a etická východiska praxe

Kompetence sociálního pracovníka při práci s nevyléčitelně nemocnými pacienty zahrnují schopnost uplatňovat principy paliativní péče v praxi. Tato oblast vychází z porozumění významu kvality života až do jeho závěrečné fáze, respektu k důstojnosti, autonomii a individuálním potřebám pacienta. Sociální pracovník přitom nevnímá pacienta pouze

---

<sup>5</sup> Uvedené kompetence jsou podrobněji rozpracovány v dokumentu *Základní kompetence pro sociální práci v paliativní péči v Evropě: bílá kniha EAPC – část 2*.

<sup>6</sup> Akreditovaný vzdělávací kurz *Kompetence sociálního pracovníka v paliativní péči* realizuje Centrum paliativní péče.

prostřednictvím diagnózy, ale v širších souvislostech jeho rodinného, sociálního a kulturního zázemí (Hughes et al. 2015, s. 1–2). Význam tohoto přístupu spočívá také v zachování lidského rozměru péče, protože kromě odborné pomoci potřebuje nemocný úctu, blízkost a pocit, že ve své situaci nezůstává osamocen (Svatošová 2004, s. 195–196).

Důraz na důstojnost a jedinečnost člověka otevírá rovněž etický rozměr práce s umírajícími. Kupka (2014, s. 10) upozorňuje, že vědomí smrtelnosti může vést k uvědomění hodnoty života a k větší citlivosti vůči druhým bytostem.

S hodnotovým ukotvením souvisí také schopnost podporovat seburčení pacienta při rozhodování o další péči. Předpokládá se nezaujatý přístup, respekt k názoru nemocného a přijetí skutečnosti, že jeho rozhodnutí se může odlišovat od představ odborníků nebo rodiny. Důležitá je rovněž orientace v etických a legislativních souvislostech péče, zejména v otázkách rozhodovacích schopností, ochrany zranitelných osob a možných střetů mezi zájmy pacienta, rodiny a systému péče (Hughes et al. 2015, s. 4).

Na uvedené principy navazuje také advokační role sociálního pracovníka. Advokacie umožňuje hájit práva a zájmy pacienta a jeho rodiny, zejména v situacích, kdy mohou být jejich potřeby přehlíženy nebo kdy dostupnost podpory naráží na systémové překážky. Vychází z respektu k autonomii, sociální spravedlnosti a rovnému přístupu ke službám. Tato kompetence předpokládá orientaci v systému zdravotní a sociální péče, schopnost rozpoznat riziko znevýhodnění a podporovat pacienta při prosazování jeho oprávněných potřeb (Hughes et al. 2015, s. 6).

### **3.1.2 Posuzování potřeb, komunikace a plánování péče**

Schopnost komplexního posouzení potřeb je jednou ze základních kompetencí sociálního pracovníka v paliativní péči. V kontextu závažného onemocnění vyžaduje znalost průběhu onemocnění, respekt k měnícímu se stavu pacienta a uznání potřeb pečujících osob (Hughes et al. 2015, s. 2–3). Předpokladem pro porozumění těmto potřebám je schopnost navázat takový vztah, v němž se pacient cítí dostatečně bezpečně, aby mohl sdílet svá přání, obtíže i obavy (Dostálová a Šiklová 2004, s. 491).

Pro navázání bezpečného vztahu a porozumění situaci jsou důležité komunikační kompetence. Ty zahrnují schopnost pracovat s citlivými informacemi, přizpůsobovat sdělení aktuálním možnostem pacienta a jeho rodiny a ověřovat porozumění sdělovanému obsahu (Hughes et al. 2015, s. 7). V této souvislosti je důležitá také schopnost otevřeně a citlivě pracovat s tématem závěru života. Kabelka (2020, s.33) zdůrazňuje, že v paliativní péči má být komunikace pravdivá, srozumitelná a přizpůsobená tomu, co pacient

a jeho blízcí aktuálně potřebují a unesou. Současně je důležitý přijímající a nehodnotící postoj. Ten umožňuje pacientovi nebo jeho blízkým sdělovat i obtížná témata bez obavy z odsouzení a zároveň napomáhá lepšímu porozumění jejich skutečným potřebám (Mannix 2022, s. 28).

Důležitá je také orientace v otázkách důvěrnosti informací a schopnost rozlišovat, jaké informace mohou být sdíleny s rodinou nebo interdisciplinárním týmem. S ohledem na právo pacienta na jasné, pravdivé a srozumitelné informace je důležité respektovat tempo a rozsah, v jakém je pacient schopen informace přijímat (Hughes et al. 2015, s. 7).

S komunikačními kompetencemi úzce souvisí podpora rozhodování pacienta a jeho blízkých. Ta předpokládá schopnost pomáhat pacientovi porozumět možnostem péče, pracovat s nejistotou a zohledňovat rozdílné postoje členů rodiny nebo odborníků. Uplatňuje se zejména v situacích, kdy je třeba citlivě vyvažovat přání pacienta, možnosti rodiny a dostupné formy podpory. Důležitá je také schopnost rozpoznat překážky v porozumění, které mohou rozhodování pacienta nebo jeho rodiny omezovat (Hughes et al. 2015, s. 4).

Na podporu rozhodování navazuje kompetence k plánování péče. Ta zahrnuje schopnost vytvářet a koordinovat plány v úzké spolupráci s pacientem, jeho rodinou a ostatními odborníky. Důraz je kladen na holistický přístup, tedy zohlednění celkové situace pacienta i jeho rodiny. Nezbytná je také schopnost realistického nastavování plánů a respekt k informovanému rozhodnutí pacienta (Hughes et al. 2015, s. 4–5). Dostálová a Šiklová (2004, s. 492) doplňují, že nemocný může svá přání a rozhodnutí podle vývoje svého stavu měnit, proto je důležité, aby sociální pracovník dokázal tuto proměnlivost přijmout a přizpůsobit jí poskytovanou podporu.

Zajištění kontinuity péče předpokládá orientaci v dostupných zdrojích podpory, včetně znalosti možností a limitů jednotlivých služeb. S tím souvisí také orientace v etických a právních souvislostech poskytování podpory, zejména ve vztahu k práci s informacemi a ochraně zranitelných osob. Nezbytná je rovněž schopnost zvládat krizové situace a udržovat profesionální hranice (Hughes et al. 2015, s. 5–6).

### **3.1.3 Interdisciplinární spolupráce, profesní rozvoj a reflexivní praxe**

Spolupráce v interdisciplinárním týmu vyžaduje komunikační dovednosti, schopnost sdílet relevantní informace, respektovat kompetence ostatních profesí a zároveň mít důvěru ve vlastní profesionální přínos v rámci týmu. Sociální pracovník do této spolupráce vnáší především psychosociální perspektivu, čímž přispívá k celostnímu porozumění potřebám

pacienta i jeho blízkých (Hughes et al. 2015, s. 9–10). Kabelka (2020, s. 160) dodává, že důležitá je také schopnost sdílet a respektovat cíl, který si tým v rámci péče nastaví.

Kvalita odborné praxe je spojena také se schopností průběžně hodnotit poskytovanou podporu a reagovat na zpětnou vazbu. Hodnocení předpokládá schopnost průběžně posuzovat dopad poskytovaných intervencí a v případě potřeby navrhnout úpravy plánu péče. V této souvislosti je nezbytná také schopnost konstruktivně pracovat se zpětnou vazbou ze strany pacienta či jeho rodiny, uplatňovat sebereflexi a využívat supervizi jako nástroj podpory odborné praxe (Hughes et al. 2015, s. 8–9).

Profesní rozvoj sociálního pracovníka spočívá v celoživotním vzdělávání a aktivním předávání znalostí a zkušeností, a to nejen v rámci profese sociální práce, ale rovněž v mezioborové perspektivě. Důležitá je schopnost kriticky vyhodnocovat aktuální odborné poznatky a uplatňovat je v praxi. V paliativní péči se tento rozvoj vztahuje zejména k principům paliativní péče, psychosociálním aspektům umírání, ztráty a truchlení a k možnostem podpory pacienta a jeho rodiny (Hughes et al. 2015, s. 10–11).

Vzhledem k emoční náročnosti paliativní péče je nezbytná reflexivní praxe. Ta předpokládá schopnost uvědomovat si vlastní postoje, reakce a limity ve vztahu k umírání, smrti a nejistotě, která tuto práci provází. Důležitá je rovněž schopnost udržovat si profesionální hranice, pracovat s emoční zátěží a využívat dostupné formy podpory, včetně supervize (Dostálová a Šiklová 2004, s. 492; Hughes et al. 2015, s. 11–12). Právě tyto prvky pomáhají sociálnímu pracovníkovi zvládat náročnost práce s umíráním. V této souvislosti Kupka (2014, s. 10) doplňuje, že k hlubšímu uvědomění hodnoty života a citlivějšímu vztahu k druhým lidem může vést vědomí vlastní smrti. Tento postoj následně spojuje s etickým přístupem v každodenním jednání.

### **3.2 Specifické činnosti v péči o pacienty a jejich rodiny**

V souvislosti s poskytováním paliativní péče v nemocnici se činnosti sociálního pracovníka ve své podstatě nemění, přesto získávají specifický obsah tím, že jsou orientovány na řešení témat spojených se závažným onemocněním a závěrem života. Konkrétní intervence reflektují individuální potřeby pacientů a jejich blízkých.

V odborné literatuře nejsou tyto činnosti vymezovány jako samostatná kategorie, jejich specifika však lze odvodit z obvyklých situací, ve kterých je indikováno zapojení konziliárního paliativního týmu. V sociální práci se jedná zejména o podporu porozumění

situaci, komunikaci závažných témat, naplňování sociálních a spirituálních potřeb, poskytování psychické a emoční podpory, organizační zajištění návazné péče a podporu v období truchlení (Kopecký 2022, s. 326).

### **3.2.1 Podpora porozumění situaci a formulace očekávání**

Sdělení diagnózy nevyléčitelného onemocnění představuje pro pacienta a jeho blízké náročnou životní situaci, ve které se potřebují zorientovat. Sociální pracovník ve spolupráci s ostatními členy paliativního týmu jim napomáhá aktuální situaci porozumět. Společně vyjasňují možnosti i limity další péče, očekávání a preference pacienta a jeho rodiny i dostupné formy podpory po propuštění z nemocnice (Kopecký 2022, s. 326).

Dostálová a Šiklová (2004, s. 488) uvádějí, že sociální pracovník se zaměřuje především na to, co je v dané situaci reálně uskutečnitelné, a to s ohledem na zdravotní stav pacienta, předpokládaný vývoj onemocnění, možnosti rodiny i dostupné zdroje podpory. Tato činnost je významná zejména tehdy, když je třeba rozhodnout, zda je možný návrat pacienta do domácího prostředí, nebo zda je vhodnější zajistit jinou formu péče.

K porozumění situaci přispívá také ověřování toho, jak pacient a jeho blízcí sděleným informacím rozumějí. Mannix (2022, s. 29) zdůrazňuje význam naslouchání, shrnutí a kontroly porozumění. Tento postup pomáhá zpřesnění sdělení a zároveň dává pacientovi najevo, že je mu věnována pozornost.

### **3.2.2 Psychosociální a spirituální podpora**

Psychosociální podpora představuje významnou oblast činností sociálního pracovníka v paliativní péči. Dostálová a Šiklová (2004, s. 488) uvádějí, že nejnáročnějším úkolem paliativního týmu je pomoci pacientovi přijmout závažné onemocnění jako součást života. Sociální pracovník se proto podílí na doprovázení pacienta a jeho blízkých v tomto náročném období. Pomocí podpůrných rozhovorů jim pomáhá zpracovávat pocity nejistoty, obavy ze ztráty soběstačnosti a také z blížícího se konce života. V situacích, kdy komunikace v rodině vážne nebo jsou rozdílné představy o dalším postupu péče, pomáhá sociální pracovník zprostředkovat dialog a zmírnit napětí. Cílem je nalézt řešení, které respektuje přání pacienta a současně zachovává jeho důstojnost a kvalitu života (Dostálová a Šiklová 2004, s. 491–492).

V závěru života se mohou více otevírat otázky hodnot, smyslu, vztahů, viny nebo smíření. Tyto potřeby se přitom nemusejí týkat pouze věřících pacientů a nemusejí být zajišťovány výhradně duchovním. Kabelka (2020, s. 139–140) upozorňuje, že dílčí spirituální podporu může poskytnout každý člen týmu, který je schopen nabídnout pacientovi lidský rozměr péče. Sociální pracovník proto tuto oblasti nepřehlíží a v případě potřeby napomáhá zprostředkování další podpory.

Podstatu psychosociální podpory a doprovázení v paliativní péči stručně vystihují Dostálová a Šiklová (2004, s. 492): *Ne všechny otázky se musejí zodpovědět, ne všechny problémy se musejí vyřešit, mnohdy stačí prostá přítomnost a účast s těžkým osudem nemocného.*

### **3.2.3 Poradenství a praktické zajištění péče**

S poskytováním nemocniční paliativní péče souvisí také poradenství při rozhodování o návratu pacienta do domácího prostředí nebo o přechodu do hospicové péče. Sociální pracovník přibližuje způsob fungování jednotlivých typů paliativních služeb a poskytuje podporu při navazování kontaktu s konkrétními poskytovateli. Informuje rovněž o dostupných službách v místě bydliště pacienta a napomáhá jejich výběru tak, aby odpovídaly potřebám pacienta i jeho rodiny (Kopecký 2022, s. 326).

V praxi se může jednat například o zprostředkování kontaktu na služby domácí péče, pečovatelskou službu, hospicovou péči nebo respitní služby. Součástí této podpory je také pomoc při vyřizování sociálních dávek, zejména příspěvku na péči, či zajištění kompenzačních pomůcek (Jarkovská et al. 2011, s. 334).

Volbu návazné služby přitom ovlivňují také reálné možnosti rodiny. Sociální pracovník proto zjišťuje, v jakém rozsahu je rodina schopna se o svého blízkého postarat. To je důležité například při zprostředkování domácí hospicové péče, jejíž poskytování je podmíněno celodenní přítomností pečující osoby (Hospic sv. Zdislavy 2026).

### **3.2.4 Podpora v období truchlení**

Podle Kabelky (2020, s. 203) by pozůstalostní péče měla být běžně poskytována všude tam, kde končí lidský život. Podpora rodiny přitom může začít již v terminální fázi onemocnění, kdy sociální pracovník pomáhá blízkým připravit se na nadcházející ztrátu. V této fázi se otevírá prostor pro rozloučení, vyjádření důležitých sdělení a uzavření vztahů, což může ovlivnit další prožívání truchlení (Kabelka 2020, s. 196, 200).

Po úmrtí pacienta nabízí sociální pracovník bezpečný prostor pro podpůrný rozhovor, ale reaguje také na praktické potřeby rodiny související s nastalou životní situací. V emočně náročném období bývá pro pozůstalé obtížné orientovat se v administrativních a organizačních záležitostech, proto sociální pracovník nabízí podporu při jejich vyřizování (Jarkovská et al. 2011, s. 333–334).

## 4 Metodika a průběh šetření

V návaznosti na teoretická východiska popsaná v předchozích částech práce představuje tato kapitola metodologický rámec průzkumného šetření. Vymezuje jeho zaměření, použitou metodu a proces sběru i zpracování dat. Současně reflektuje etické aspekty a limity provedeného průzkumu.

### 4.1 Cíl průzkumu a průzkumné otázky

Cílem průzkumu bylo zjistit, jakým způsobem je vnímána role, kompetence a přínos sociálního pracovníka v nemocniční paliativní péči v KNL z pohledu sociálních pracovníků, lékařů a rodinných příslušníků pacientů. Současně bylo cílem identifikovat situace, ve kterých je sociální práce v péči o nevyléčitelně nemocné pacienty a jejich blízké považována za potřebnou. Ve vztahu ke stanovenému cíli byla stanovena jedna hlavní průzkumná otázka (HPO) a dvě průzkumné otázky dílčí (DPO).

HPO: *Jaký je význam a potřeba sociálního pracovníka v KNL při poskytování paliativní péče?*

DPO1: *V jakých situacích je sociální pracovník v KNL v rámci nemocniční paliativní péče nejčastěji zapojován a s jakými potřebami nevyléčitelně nemocných pacientů a jejich blízkých se nejčastěji setkává?*

DPO2: *Jaké odborné kompetence a specifické činnosti sociálního pracovníka jsou uplatňovány v kontextu nemocniční paliativní péče v KNL?*

### 4.2 Metoda a technika sběru dat

Pro zpracování empirické části byl zvolen kvalitativní přístup, jelikož umožňuje porozumět zkušenostem a získat detailnější poznatky, které jsou kvantitativními postupy obtížně zachytitelné (Corbin a Strauss 1999, s. 11). S ohledem na stanovený cíl práce je zvolený postup vhodný, protože probíhá v přirozeném prostředí účastníků průzkumu a zaměřuje se na jejich postoje a zkušenosti. Úkolem výzkumníka je vyhodnocování získaných informací, odhalování skrytých významů a hledání souvislostí mezi zjištěnými skutečnostmi (Mišovič 2025, s. 40).

Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda je charakteristická svou flexibilitou, neboť umožňuje vést rozhovor podle předem připravené osnovy a současně reagovat na sdělované informace a přizpůsobovat jim průběh dotazování. Tímto způsobem je možné získat podrobnější odpovědi a zachytit zkušenosti participantů v kontextu jejich praxe (Mišovič 2025, s. 84).

### **4.3 Popis průzkumného prostředí**

Realizace průzkumu se uskutečnila v Krajské nemocnici Liberec, která poskytuje lůžkovou i ambulantní péči. Součástí nemocnice je také oddělení sociálních služeb, které zajišťuje podporu pacientům v náročné životní situaci (KNL 2026). Toto prostředí bylo zvoleno s ohledem na skutečnost, že je zde od roku 2016 systematicky rozvíjena paliativní péče, a to mimo jiné v souvislosti s projektem *Spolu až do konce*. V rámci tohoto rozvoje byla pozornost věnována zavádění paliativního přístupu do nemocniční péče, spolupráci jednotlivých odborností a jejich vzdělávání. Současně byla zahájena činnost ambulance paliativní péče a vytvořen konziliární tým paliativní péče, jehož součástí se stal také sociální pracovník (Bartoš et al. 2017).

### **4.4 Průzkumný soubor**

Do průzkumného souboru nebyli záměrně zařazeni paliativní pacienti, neboť přímé oslovení pacientů v nemocniční paliativní péči bylo vzhledem k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu a vysoké míře zranitelnosti považováno za eticky citlivé. Současně bylo třeba zohlednit i charakter nemocničního prostředí, které nemusí vždy poskytovat dostatek klidu a soukromí pro vedení takto citlivých rozhovorů. Perspektiva pacientů proto nebyla zjišťována přímo, ale zprostředkovaně prostřednictvím výpovědí rodinných příslušníků a odborníků, kteří se na péči podílejí.

Provedeného šetření se zúčastnily dvě sociální pracovnice, čtyři lékaři a dva rodinní příslušníci pacientů. Výběr participantů byl realizován účelově s cílem zachytit perspektivu sociální práce, specializované paliativní péče a běžné klinické praxe. Ačkoli v KNL působí celkem čtyři sociální pracovnice, do průzkumu byly zařazeny pouze dvě, které zajišťují sociální práci v akutní lůžkové a ambulantní péči. Lékaři byli oslovoováni na nemocničních odděleních, kde lze předpokládat častější kontakt s nevyлéčitelně nemocnými. Výběr těchto pracovišť byl upřesněn na základě konzultace se sociální pracovnící.

Do průzkumu byli zařazeni lékaři z onkologického, interního, kardiologického a plicního oddělení. Jeden z lékařů měl zároveň zkušenost se specializovanou paliativní péčí. Rodinní příslušníci byli zařazeni na základě zkušenosti s paliativní péčí o osobu blízkou v KNL, přičemž v obou případech šlo o zkušenost z minulosti. Výpovědi rodinných příslušníků byly využity především jako doplňující perspektiva. Jejich účelem nebylo hodnotit sociální práci v plném rozsahu, ale rozšířit pohled na to, jak je zapojení sociální pracovnice vnímáno rodinami pacientů.

Vzhledem ke konkrétnímu prostředí nemocnice nejsou v textu uváděny bližší informace k jednotlivým účastníkům průzkumu. Lékaři a rodinní příslušníci jsou v textu uváděni neutrálně v mužském rodě, a to bez ohledu na jejich skutečné pohlaví. Toto označení bylo zvoleno z důvodu zachování anonymizace a jednotnosti textu.

#### **4.5 Etické aspekty průzkumu**

Před zahájením samotného průzkumu bylo v KNL vyžádáno povolení ke sběru dat pro studijní účely, a to včetně možnosti oslovit blízké osoby pacientů. K žádosti byla přiložena anotace práce a okruhy otázek pro rozhovory, čímž byla zajištěna transparentnost záměru i praktické realizace šetření.

Vzhledem k tomu, že autorka je v KNL zaměstnána na jiné pracovní pozici, bylo důsledně dbáno na oddělení pracovní a průzkumné role. Účast na průzkumu byla prezentována jako zcela dobrovolná, bez vazby na poskytovanou péči či pracovní vztahy.

Před vlastní realizací rozhovorů byli participanti seznámeni s účelem průzkumu, způsobem provedení a zaznamenáním rozhovoru a také s možností odmítnout odpovědět na otázku nebo rozhovor kdykoli ukončit. Současně byli informováni o následném zpracování dat a ubezpečeni o anonymitě odpovědí. Souhlas s účastí v průzkumu byl potvrzen písemně, s výjimkou jednoho případu, kdy byl s ohledem na telefonickou formu kontaktu vysloven ústně a je součástí zvukového záznamu.

#### **4.6 Průběh průzkumu**

Sběr dat probíhal v období od prosince 2025 do ledna 2026 v KNL. Před zahájením vlastního průzkumu byl uskutečněn pilotní rozhovor za účelem ověření srozumitelnosti a vhodnosti připravených otázek. Vzhledem k tomu, že nebylo nutné osnovu rozhovoru dále upravovat, byla získaná data zahrnuta do vlastního průzkumného šetření.

Participantů z řad odborníků byli osloveni osobně přímo v KNL. Rodinným příslušníkům byla informace o průzkumu zprostředkována nepřímo prostřednictvím zdravotnických pracovníků. Jednoho z nich informovala sociální pracovníce a po vyslovení souhlasu s předáním kontaktu byl autorkou osloven telefonicky. Druhému rodinnému příslušníkovi předal informaci o průzkumu lékař a poté autorku kontaktoval participant sám z vlastní iniciativy.

Po vyjádření souhlasu s účastí v průzkumu byly postupně realizovány polostrukturované rozhovory. Setkání probíhala individuálně, v předem domluveném termínu a v prostředí vyhovujícím participantům. S jedním účastníkem byl rozhovor uskutečněn telefonickou formou. Se souhlasem participantů byl pořizován audiozáznam prostřednictvím vlastního mobilního telefonu. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala v rozmezí 20–40 minut.

#### **4.7 Způsob zpracování dat**

Po ukončení sběru dat byly pořízené nahrávky přepsány do textové podoby, aby mohly být následně analyzovány. Transkripce dat byla provedena pomocí open-source nástroje Buzz. Zpracování probíhalo lokálně bez odesílání dat na externí servery, čímž byla posílena ochrana soukromí účastníků průzkumu i citlivých údajů. Přepisy byly zpracovány doslovně a jejich správnost byla ověřena poslechem audiozáznamů.

Po provedení transkripce byla data upravena odstraněním údajů, které by mohly vést k identifikaci participantů. Za účelem zachování anonymity byly při zpracování a prezentaci dat použity kódy SP1 a SP2 pro sociální pracovníky, L1 až L4 pro lékaře a RP1 a RP2 pro rodinné příslušníky.

Získaná data byla analyzována pomocí otevřeného kódování, při němž dochází k tematickému rozčlenění textu pomocí kódů a jejich následnému třídění do obecnějších kategorií (Hendl 2023, s. 255). Přepsané texty byly opakovaně pročítány a průběžně doplňovány komentáři. Jednotlivým významovým úsekům byly přiřazovány kódy vystihující jejich obsah a význam. Tyto kódy byly dále porovnávány, upřesňovány a seskupovány podle významové podobnosti.

V další fázi byly vytvořené kódy tříděny do podkategorií a širších tematických kategorií. Při tomto postupu nebyly sledovány pouze jednotlivé výroky, ale také souvislost mezi nimi. Analýza byla provedena napříč všemi rozhovory, současně však bylo přihlíženo k rozdílným perspektivám jednotlivých skupin participantů. Tímto způsobem bylo možné identifikovat společná témata i rozdíly ve výpovědích sociálních pracovníků, lékařů a rodinných příslušníků.

Pro lepší přehlednost a systematické třídění byla analýza prováděna v prostředí počítače, konkrétně v textovém editoru a tabulkovém procesoru. Vytvořené kategorie následně sloužily k interpretaci zjištěných poznatků ve vztahu k cíli práce a průzkumným otázkám.

#### **4.8 Limity průzkumu**

Mezi limity průzkumu patří velikost a složení průzkumného souboru. Rodinní příslušníci tvořili jeho menší část, což souviselo s citlivostí tématu a obtížnější dostupností participantů. Vzhledem k tomu, že jeden z rodinných příslušníků byl kontaktován prostřednictvím sociální pracovnice, existuje riziko určitého zkreslení výpovědi, například směrem k pozitivnějšímu hodnocení spolupráce.

U rodinných příslušníků je třeba zohlednit také retrospektivní charakter výpovědí. Popisovali zkušenost zpětně, po emočně náročné životní situaci, což mohlo ovlivnit míru detailnosti i způsob hodnocení spolupráce.

Dalším limitem je zaměření průzkumu na specifické prostředí Krajské nemocnice Liberec. Výsledky tak popisují konkrétní praxi v daném čase a místě a nelze je automaticky vztahovat na jiná zdravotnická zařízení.

Specifickým limitem byla dvojí role autorky práce, která v dané organizaci působí jako zaměstnanec. Tato skutečnost mohla ovlivnit otevřenost některých participantů, kteří ji mohli vnímat jako součást nemocničního prostředí. S tím souvisí možné riziko sociálně žádoucích odpovědí. Vzhledem k profesní zkušenosti autorky mohlo na vedení rozhovorů a interpretaci dat působit také její předporozumění tématu. Toto riziko bylo zmírňováno opakovaným návratem k doslovným přepisům rozhovorů a průběžným ověřováním interpretací na základě konkrétních výpovědí participantů. Zároveň však znalost prostředí umožnila lépe porozumět vnitřnímu kontextu, způsobu komunikace a terminologii, kterou participant z řad odborníků používají.

Uvedené limity byly při interpretaci výsledků zohledněny, zejména při práci s výpověďmi rodinných příslušníků a při formulaci závěrů vztahujících se ke konkrétnímu prostředí nemocnice. Výpovědi rodinných příslušníků byly interpretovány s ohledem na jejich menší zastoupení v průzkumném souboru a sloužily především k doplnění perspektivy sociálních pracovníků a lékařů.

## 5 Interpretace výsledků šetření

Na základě otevřeného kódování rozhovorů byly vymezeny tři hlavní tematické oblasti, které zachycují zkušenosti participantů se sociální prací v paliativní péči v KNL:

- zapojení sociální práce do péče,
- podoba sociální práce s pacientem a rodinou,
- limity sociální práce v nemocniční paliativní péči.

Pro větší přehlednost jsou tematické oblasti, navazující kategorie a sjednocené kódy uvedeny v tabulce 1. Ukázka pracovního otevřeného kódování je zařazena v příloze.

Tabulka 1: Přehled tematických oblastí, kategorií a sjednocených kódů

| Kategorie                                          | Sjednocené kódy                                                                                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ZAPOJENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE DO PÉČE</b>             |                                                                                                           |
| Paliativní péče napříč diagnózami a odděleními     | široké spektrum paliativních pacientů; paliativní péče mimo onkologii; nárůst paliativní agendy           |
| Situace, kdy už nestačí řešit jen zdravotní stav   | řešení sociální situace; plánování návazné péče; nejistota rodiny; limity domácí péče                     |
| Načasování a cesta ke spolupráci                   | včasné zapojení do péče; pozdní zapojení do péče; podnět lékaře; pravidelná spolupráce                    |
| Sdílení informací mezi lékařem a SP                | osobní předávání informací; nedostatečné předávání informací; informovanost pacienta jako podmínka péče   |
| <b>PODOBA SOCIÁLNÍ PRÁCE S PACIENTEM A RODINOU</b> |                                                                                                           |
| Navázání kontaktu a zjišťování potřeb              | sociální šetření; zjišťování rodinné situace; primární kontakt s pacientem; respekt k přání pacienta      |
| Doprovázení při rozhodování o další péči           | doprovázení rodiny; posouzení možností rodiny; respektování limitů rodiny; hledání přijatelného řešení    |
| Praktické zajištění péče                           | zajištění hospicové péče; zajištění domácí péče; příspěvek na péči; kompenzační pomůcky; terénní služby   |
| Kompetence sociální pracovnice                     | orientace v systému služeb; komunikace s rodinou; podpůrná komunikace; profesní hranice; odborné vzdělání |
| Vnímání sociální pracovnice ostatními              | pozitivní hodnocení sociální pracovnice; vnímaná potřebnost; opora zdravotnického týmu; důvěra rodiny     |
| <b>PODMÍNKY A LIMITY SOCIÁLNÍ PRÁCE</b>            |                                                                                                           |
| Časové limity                                      | nedostatek času; vysoký objem práce; časový tlak na rodinu; omezený čas na řešení                         |
| Prostorové a organizační zázemí                    | chybějící prostor pro rozhovory; nedostatek soukromí; omezené týmové a personální zázemí                  |
| Návaznost informací a spolupráce                   | nejistota lékařů; neinformovaný pacient; nesoulad v načasování; omezená orientace lékařů v návazné péči   |
| Nenaplněné oblasti podpory                         | nedostatečná podpora rodiny; chybějící uzavření po úmrtí; nejasně nastavená pozůstalostní podpora         |
| Emoční a pracovní zátěž                            | emočně náročná úmrtí; osobní zvládání zátěže; nevyužívaná supervize; přetížení v práci                    |

## 5.1 Zapojení sociální práce do péče

Vstup sociální pracovnice do nemocniční paliativní péče byl v rozhovorech popisován jako součást spolupráce, která se odvíjí od situace a potřeb pacienta, jeho blízkých i zvyklostí konkrétního oddělení. Tato část se zaměřuje na to, u jakých pacientů je sociální pracovnice zapojována, kdy ke spolupráci dochází a jak probíhá předávání informací mezi lékařem a sociální pracovnící.

### 5.1.1 Paliativní péče napříč diagnózami a odděleními

Nemocniční paliativní péče je podle zkušeností participantů poskytována širokému spektru pacientů. Ve výpovědích se objevují jak onkologicky nemocní, tak pacienti s dalšími závažnými a pokročilými onemocněními. Jejich charakteristika se přitom neodvíjí pouze od diagnózy, ale také od celkového zdravotního stavu, křehkosti a vysokého věku.

Lékaři vycházeli především ze zkušeností ze svých pracovišť a popisovali, že paliativní péče se týká pacientů s pokročilými interními, plicními či kardiálními onemocněními. Současně byli napříč rozhovory zmiňováni pacienti s onkologickou diagnózou. L1 v této souvislosti poznamenal, že *pod pojmem paliace si všichni pořád představují onkologicky nemocného člověka*.

Kromě konkrétních diagnóz byla uváděna také celková křehkost a vysoký věk pacientů. SP2 k tomu poznamenala: *...dožívají se chorob, které už medicína nedokáže s ohledem na ten stav řešit...a tam opravdu ta paliativní péče je v podstatě jediná možnost, jak se o ty pacienty postarat*.

SP1 k tomu doplnila, že se s pacienty v paliativní péči setkává na různých odděleních nemocnice: *Není to zásada jenom onkologického oddělení, ale napříč celou nemocnicí – gynekologie, interna, neurologie*. Zároveň zmínila, že v posledních letech těchto pacientů v její práci přibýlo: *...v posledních takových dvou, třech letech je to většina nebo gró té práce, když těch pacientů právě jako strašně moc přibýlo*.

Paliativní péče se v nemocnici vztahuje na různé skupiny pacientů, rozhodující je pokročilost onemocnění, křehkost a věk, nikoli samotná diagnóza. V posledních letech těchto pacientů přibývá a jejich přítomnost prostupuje napříč odděleními.

### 5.1.2 Situace, kdy už nestačí řešit jen zdravotní stav

Zapojení sociální pracovníce bylo v rozhovorech spojováno hlavně se situací, kdy se začíná řešit další podoba péče o pacienta. Vedle zdravotního stavu je pak potřeba zohlednit také domácí zázemí, možnosti rodiny a míru podpory, kterou bude pacient po propuštění potřebovat.

Lékaři sociální pracovníci oslovují ve chvíli, kdy je potřeba naplánovat návaznou péči. L1 tuto situaci popsal slovy: *Většinou jsou to lidi, který potřebují někam umístit, takže to je problém další péče.* Podobně L2 uvedl, že sociální pracovníce vstupuje do péče ve chvíli, kdy *medicínsky nemáme co nabídnout a musíme řešit sociální stránku věci.* Sociální práce se zde objevuje jako navazující oblast péče, která přichází do popředí ve chvíli, kdy je potřeba hledat reálné možnosti dalšího zajištění pacienta.

Participant v této souvislosti zmiňovali především hledání vhodné formy péče a její praktické zajištění. Podle L2 se řeší *možnosti, co dělat, jestli stačí nějaká terénní služba... nebo jestli je potřeba nějaká pobytová zařízení...* Sociální pracovníce zde nepůsobí pouze jako osoba, která zprostředkuje konkrétní službu, ale také jako někdo, kdo pomáhá vyhodnotit, jaká forma péče odpovídá aktuálním potřebám pacienta a možnostem jeho blízkých. SP2 popsala svou roli slovy: *Mám s těmi pacienty řešit možnost návratu z nemocnice, buď do domácího prostředí nebo nějakou jinou sociální pomoc.*

Z výpovědí rodinných příslušníků vyplývá, že potřeba sociální pracovníce se objevuje zejména ve chvíli nejistoty, kdy rodina neví, jak bude péče dál pokračovat, nebo kdy naráží na vlastní limity. Svou zkušenost popsal RP2: *Bylo to v době, kdy už bylo jasné, že je to s maminkou špatné... my jsme vlastně nevěděli, co bude dál.* RP1 zase spojoval kontakt se sociální pracovnící s tím, že péči o blízkého již nezvládal a hledal jiné řešení, jak mu pomoci. Tuto situaci popsal slovy: *Už nebyl ten čas, aby sem se mu věnoval celý den... chtěl jsem, aby nějak dožil v pohodě.*

Sociální pracovníce tedy vstupuje do péče zejména ve chvíli, kdy je potřeba rozhodnout o dalším zajištění pacienta. Neřeší se pouze dostupnost konkrétní služby, ale také to, zda je péče v domácím prostředí reálná a jakou podporu může převzít rodina. Kontakt se sociální pracovnící je zároveň spojován se situacemi, kdy rodina neví, jak bude péče pokračovat, nebo kdy dosavadní péči přestává zvládat.

### 5.1.3 Načasování a cesta ke spolupráci

Načasování zapojení sociální pracovníce se v rozhovorech lišilo podle konkrétního pracoviště i situace pacienta. Sociální pracovníce byla v některých případech kontaktována velmi brzy, jindy až ve chvíli, kdy se začala konkrétně řešit další podoba péče.

Na některých pracovištích je snahou sociální pracovníci přizvat včas. L2 uvedl: *Kontaktujeme ji okamžitě, jakmile vidíme špatné vyhlídky nebo náročnou sociální situaci doma.* Pravidelné zapojení sociální pracovníce bylo popisováno zejména v souvislosti s ambulancí paliativní péče. L3 spojoval význam včasného kontaktu s nejistotou pacientů: *Spousta lidí mají strach z toho, co budou dělat když se něco stane, na koho se mají obrátit.* Doplnil, že v rámci ambulance osloví sociální pracovníci prakticky vždy, *aby ti pacienti měli na začátku ten kontakt a věděli, jaké ty možnosti jsou ...* Včasné seznámení se sociální pracovnící zde souvisí hlavně se snížením nejistoty pacienta a rodiny a s orientací v možnostech další podpory.

V jiných případech je sociální pracovníce přizvána až později, ve chvíli, kdy se konkretizuje další postup péče. L4 popsal, že se nejdříve osobně sejde s rodinou: *...pak, když s tím opravdu souhlasí, teprve volám sociální pracovníci.* Podobně se vyjádřil i RP2: *Určitě to nebylo hned na začátku, spíš až ve chvíli, kdy už bylo jasné, že se bude řešit, co bude dál.*

Podnět k zapojení sociální pracovníce přichází podle participantů nejčastěji od lékaře. SP1 uvedla: *U té paliativní péče vzejde požadavek primárně od lékaře.* Podobně SP2 popsala, že ji nejčastěji osloví lékař s požadavkem na sociální šetření. V jednom případě byla zmíněna také iniciativa rodiny, kdy RP1 na doporučení lékaře sám navázal další kontakt se sociální pracovnící.

Zapojení sociální pracovníce tedy neprobíhá vždy ve stejné fázi péče. V některých situacích je přizvána včas, aby pacient a rodina měli základní informace a kontakt, jindy až při konkrétním plánování další péče. Iniciativa vychází nejčastěji od lékaře, přičemž v jednom rozhovoru byla zmíněna také situace, kdy další kontakt se sociální pracovnící navázal rodinný příslušník na doporučení lékaře.

### 5.1.4 Sdílení informací mezi lékařem a sociální pracovnící

Spolupráce mezi lékařem a sociálními pracovníci je podle participantů založena především na předávání informací o pacientovi, jeho rodině a možnostech další péče. Pro sociální pracovníce přitom není důležité jen sdělení zdravotního stavu, ale také to, co již bylo pacientovi a rodině vysvětleno lékařem.

Obě sociální pracovnice zdůraznily význam osobní domluvy s lékařem. SP1 uvedla: *Já preferuji určitě osobně předání informací... než jdu za pacientem, tak chci osobně vždycky mluvit s lékařem.* Pro navazující sociální práci je podle ní podstatné mít jistotu, že pacient a rodina rozumějí zdravotní situaci: *...já nemůžu přece řešit s tím pacientem a s rodinou, třeba i ten hospic, když nevím, jestli skutečně byl plně informovaný.* Podobně SP2 uvedla, že potřebuje vědět, zda je pacient seznámen se svým zdravotním stavem a zda tomu odpovídajícím způsobem rozumí také rodina. Předání informací zde vytváří základ pro další rozhovor o možnostech péče.

Lékaři popisovali spolupráci různě. L2 uvedl, že si s pacientem nejdříve promluví sám, aby zjistil jeho představy, a poté sociální pracovníci předá základní informace i *svůj pocit z toho, co by pro něj bylo dobré.* Podobně L3 popsal, že součástí paliativního rozhovoru je i zjišťování sociálního zázemí: *...jaké mají zázemí, jak to zvládají vůbec doma... já ji pak většinou dám takový avízo a ona se na to napojí.* V těchto případech sociální pracovnice navazuje na předchozí rozhovor lékaře a s pacientem nebo rodinou dále probírá možnosti podpory.

Vedle toho se objevila i zkušenost s méně podrobným předáním informací. L1 uvedl: *Od nás moc velkou pomoc nemá ... volám jí s tím, že si myslím, že to je pacient do paliativní péče a jestli je schopná vykomunikovat to s rodinou.* Tato výpověď naznačuje, že způsob spolupráce se mezi pracovišti liší a může záviset na zvyklostech oddělení i na tom, jak je role sociální pracovnice v týmu nastavena.

Lékaři zároveň zmiňovali, že sociální pracovnice přináší do týmu znalost sociální oblasti a návazných služeb. L2 uvedl: *Já jsem vlastně strašně šťastná, že tohle sociální pracovnice řeší za nás, protože my taky přesně nevíme, jak to všechno funguje.* Význam zpětného předání informací se objevuje ve výpovědi L1, který ocenil záznamy sociální pracovnice v dokumentaci: *Mně se líbí, když si pak čtu ten zápis té sociální pracovnice, co ona všechno byla schopná prostě vykomunikovat.* Sociální pracovnice podle těchto výpovědí přináší do spolupráce znalost rodinného zázemí, dostupných služeb a praktických možností další podpory.

V některých případech probíhá spolupráce také formou společného rozhovoru s pacientem a rodinou. L2 popsal: *Někdy si sedneme všichni společně – já, sociální pracovnice, pacient i rodina – a řešíme to jako tým. To mi přijde skvělé.* Podobnou zkušenost uvedl také L4, který byl přítomen setkání pacienta, rodiny, lékaře z paliativního týmu

a sociální pracovníce: ...*viděla jsem, jak to má být. A to bylo super, teda.* V těchto situacích nejde jen o předání informací mezi odborníky, ale o společné hledání dalšího postupu přímo s pacientem a jeho blízkými.

Sdílení informací mezi lékařem a sociální pracovnící má v rozhovorech různou podobu. Může jít o osobní předání před rozhovorem s pacientem, stručné upozornění na potřebu sociálního šetření, zpětný zápis v dokumentaci i společné setkání s pacientem a rodinou. Důležité je, aby sociální pracovníce věděla, jaké informace již pacient a jeho blízcí dostali, a mohla na ně při další práci navázat.

## **5.2 Podoba sociální práce s pacientem a rodinou**

Sociální práce s pacientem a rodinou je ve výpovědích spojována s navázáním kontaktu, zjišťováním potřeb, podporou při rozhodování a praktickým zajištěním další péče. Důležitou součástí je také komunikace v emočně náročné situaci, respektování možností pacienta i jeho blízkých a práce v rámci profesních hranic.

### **5.2.1 Navázání kontaktu a zjišťování potřeb**

Navázání kontaktu s pacientem a rodinou je v rozhovorech popisováno jako první krok sociální práce v nemocniční paliativní péči. Sociální pracovníce v této fázi zjišťuje, jak pacient své situaci rozumí, jaká má přání a jaké možnosti nebo obavy vnímá rodina.

SP1 zdůraznila, že v první řadě považuje za důležité mluvit přímo s pacientem: *První, co chci, mluvit s tím pacientem, protože jde o něho...* Dále uvedla, že se snaží zjistit, *jak na tu situaci nahlíží a jestli tu informaci vůbec přijal a zpracoval.* Podobně RP2 popsal, že sociální pracovníce nejprve navštívila pacientku a teprve poté si domluvila schůzku s rodinou: *Nejprve šla za maminkou, mluvila s ní, a pak si domluvila schůzku i s námi.* Kontakt s rodinou tedy podle těchto výpovědí navazuje na rozhovor s pacientem a doplňuje informace o tom, jak situaci vnímají jeho blízcí.

Sociální pracovníce při prvním kontaktu také zjišťuje, jaké má pacient rodinné zázemí a jaké jsou možnosti péče. RP1 tuto část rozhovoru popsal: *Bavili jsme se o všem. Jak je s manželkou, jak se já starám o něho, jak on na tom je.* SP2 obdobně uvedla, že při sociálním šetření odebírají anamnézu *jak od pacienta, tak od té rodiny.* Sociální pracovníce tak získává informace potřebné pro další plánování podpory a zároveň dává pacientovi i rodině prostor říct, co v dané situaci potřebují.

Komunikace se přitom nemusí vždy odehrávat společně s pacientem a rodinou. SP1 uvedla, že se s pacientem domlouvá, zda si přeje přítomnost rodiny u rozhovoru,

nebo zda mají některé věci proběhnout odděleně. SP2 k tomu doplnila, že rodina někdy potřebuje mluvit bez pacienta: *Ta rodina taky potřebuje nějaké trošku jako zázemí, kde se může otevřít bez toho pacienta a říct něco, co se před ním třeba trošku ostýchá.* Podoba rozhovoru se tedy odvíjí od přání pacienta i od potřeb jeho blízkých.

Ve výpovědích se zároveň objevuje, že potřeba podpory nemusí být u pacienta a rodiny stejná. L1 popsal situaci, kdy sociální pracovnice věnovala větší pozornost blízké osobě, protože *ten partner s tím měl mnohem větší problémy.* Podpora rodiny zde není vnímána jako doplněk péče o pacienta, ale jako samostatná součást práce sociální pracovnice. Podobně SP2 shrnula význam této podpory slovy, že *ten pečující v tom nemusí být úplně sám.*

Navázání kontaktu je spojeno také s vytvořením důvěry a pocitu, že pacient ani rodina nejsou v situaci sami. SP1 uvedla, že *ten pacient se potřebuje svěřit a že pacienti i rodiny často potřebují s někým to sdílet, to, co prožívají, a opakovaně.* Podobně RP2 ocenil, že pomoc sociální pracovnice nebyla pouze organizační: *Není to jen o zařizování věcí, ale i o tom, že víte, že na to nejste sama.*

Podpůrný rozměr rozhovorů zmiňovali také lékaři. L2 k tomu uvedl: *Myslím, že tam ta psychologická podpora je... že jim ukážou reálné možnosti a nenechají je s pocitem, že skončí někde zapomenutí na LDN.* SP1 podobně popsala, že *převážná část toho rozhovoru je opravdu o té psychologické podpoře,* zároveň však zdůraznila, že se pohybuje v hranicích své role. Rodinní příslušníci oceňovali také možnost opakovaného kontaktu. RP2 uvedl: *Viděli jsme se dvakrát. A to bylo dobře, protože při tom prvním setkání je člověk trochu mimo a stejně nevnímá všechno.*

Podle zkušeností sociálních pracovníků je pro pacienty i jejich blízké často obtížné mluvit o konci života otevřeně. SP1 v této souvislosti mluvila o *palčivém problému,* kdy se obě strany snaží navzájem chránit: *Příbuzní se bojí, že ho tím demotivují, zraní... Ten pacient zase má zábrany s tou rodinou a zastírá, že by něco takového mohlo přijít.* Také SP2 popsala, že se lidé v rodině někdy bojí některá témata otevřít, aby se druhého nedotkli, čímž podle ní ztrácejí čas, který by mohli využít ke sdílení. Sociální pracovnice zde nevstupuje pouze do praktického plánování, ale také do rozhovorů, v nichž pomáhá pojmenovat obavy, potřeby a rozdílné prožívání jednotlivých členů rodiny.

Okrajově se v rozhovorech objevila také možnost spirituální podpory. SP2 zmínila, že v některých situacích může citlivé téma pomoci otevřít kaplan. Zároveň však doplnila, že ne každá rodina tuto možnost přijímá. Spirituální podpora tak nebyla popisována jako

samostatná oblast sociální práce, ale spíše jako jedna z možností, kterou může sociální pracovnice v případě potřeby nabídnout.

Navázání kontaktu zde není pouze získáním základních informací. Sociální pracovnice vytváří prostor pro pacienta i rodinu, aby mohli pojmenovat své potřeby, obavy a možnosti. Na tomto základě pak může navazovat další rozhovor o podobě péče.

### 5.2.2 Doprovázení při rozhodování o další péči

Sociální pracovnice podle participantů pomáhá pacientovi a rodině ujasnit si, jaká forma další péče je pro ně přijatelná a reálně zvládnutelná. Nejde jen o sdělení dostupných možností, ale také o vysvětlení, co jednotlivá řešení v praxi znamenají.

SP1 popsala svou roli v paliativní péči jako pomoc *rodině, která je postavená před to těžké rozhodnutí*. Zároveň doplnila, že jde o proces, který vyžaduje čas: *...doprovázet je v tom rozhodnutí, protože není to nikdy o jednom rozhovoru*. Podpora sociální pracovnice zde nespočívá jen ve sdělení možností, ale také v opakovaném rozhovoru, ve kterém se rodina může postupně zorientovat.

Podpora při rozhodování se objevuje také ve chvíli, kdy sociální pracovnice s rodinou domlouvá další postup a pomáhá převést rozhodnutí do konkrétních kroků. L1 popsal, že sociální pracovnice *tu rodinu obvolá a probere to s nima, jak dál budou chtít tu péči řešit* a následné kroky pak zařizuje *po vlastní ose*.

Důležitou součástí rozhodování je také hledání kompromisu v situacích, kdy se představy pacienta a jeho blízkých rozcházejí. SP1 v této souvislosti uvedla: *Já sama se snažím hledat nějaký kompromisy*. Přiblížila to na situaci pacienta, který si přál návrat domů, zatímco jeho manželka si nebyla jistá, zda péči zvládne. Výsledkem bylo řešení, které umožnilo návrat domů, ale současně byla podána žádost do lůžkového hospice pro případ, že by domácí péče nebyla zvládnutelná. Sociální pracovnice zde pomáhala hledat možnost, která respektovala přání pacienta, ale zároveň brala v úvahu obavy pečující osoby.

Podobnou zkušenost popsal L1, podle kterého sociální pracovnice dokáže rozpoznat, kdy jsou síly pečujících u konce: *A vlastně ona byla schopná říct, že ten člověk nezvládne o něj pečovat doma, i když by si to pacient přál třeba*. *Vzala to komplexně a vykomunikovala to s nima tak, že pacient pak šel do lůžkového hospice*. *Nesnažila se to na partnera hodit, když viděla, že na to nemá*. Sociální pracovnice zde pomáhá zohlednit potřeby pacienta i možnosti pečující osoby.

Potřeba respektovat limity rodiny se objevuje také ve výpovědi SP2. Podle ní není vhodné rodinu směřovat do péče, kterou nezvládne: *...netlačit je tam, kde vidím, že by sice rádi, ale vědí, že na to prostě nemají, ať už časově, fyzicky, psychicky*. Současně doplnila: *Respektuji, když mi řekne, že se necítí na domácí péči z jakýchkoli důvodů*.

Z pohledu rodinných příslušníků byla podpora při rozhodování spojena hlavně s orientací v náročné situaci. RP2 uvedl: *Pomohla nám se v tom zorientovat a všechno to zvládnout*. V jiné části rozhovoru doplnil, že největší oporu vnímal *hlavně ve chvíli, kdy se řešil hospic*.

Rozhodování o další péči se tak neodvíjí pouze od přání pacienta, ale také od možností a limitů jeho blízkých. Sociální pracovnice zde pomáhá hledat řešení, které bere v úvahu obě strany a odpovídá situaci rodiny.

### 5.2.3 Od ujasnění postupu k praktickému zajištění péče

Po ujasnění dalšího postupu se práce sociální pracovnice zaměřuje na praktické zajištění návazné péče. V rozhovorech se tato pomoc objevovala zejména v souvislosti se službami, pomůckami a administrativou.

SP1 to stručně vystihla slovy: *pomoc organizací, zajistit pomoc, sjednat hospicovou službu*. Zároveň uvedla, že po podpůrném rozhovoru s pacientem a rodinou se obvykle přechází ke konkrétním krokům: *Samozřejmě, vždycky dojdeme k tomu, k těm praktickým věcem, které se musí vyřešit*.

Důležitou součástí této práce je orientace v dostupných službách. L2 uvedl, že sociální pracovnice se *orientují v systému v celém kraji, vědí, kde je jaká pomoc dostupná*. Podobně L1 popsal, že zdravotnický tým nemá přehled o všech možnostech a právě sociální pracovnice pomáhá najít řešení, které umožní péči mimo nemocnici: *...kolikrát nás vlastně ona víc navede a řekne, že tohle jde zařídit... daří se ty lidi udržet doma... o tomhle jsme nevěděli, že to tady vůbec zařídit půjde*. Sociální pracovnice zde pomáhá propojit potřeby pacienta a rodiny s tím, jaká pomoc je v dané situaci dostupná.

Praktická pomoc zahrnuje také vysvětlování podmínek jednotlivých služeb. L2 k tomu uvedl, že sociální pracovnice s rodinami probírají *jak tyto systémy fungují nebo kolik co stojí*. Rodinní příslušníci tuto pomoc popisovali zejména v souvislosti s hospicovou péčí. RP2 uvedl: *Jo, hlavně praktické. Nejvíc kolem toho umístění do hospice*. Zároveň ocenil, že rodině vysvětlila další postup: *Vysvětlila nám, jak to funguje, co je potřeba zařídit a co můžeme čekat*.

Často se ve výpovědích objevovala také finanční a administrativní podpora, zejména příspěvek na péči a zajištění domácí péče. SP1 k tomu vysvětlila: *...když se může z toho lůžka vrátit domů, tak tam primárně samozřejmě řešíme příspěvek na péči, protože je potřeba, aby ten pacient v momentě, kdy bude v budoucnosti využívat služby, pronájem pomůcek, aby měl v dispozici pak ty finanční prostředky.* L4 doplnil, že sociální pracovníce rodině ulehčuje *v takových těch věcech, ve kterých člověk nemá v tu chvíli vůbec na nic sílu, zařizovat nějaké peníze, dokumenty a podobně.*

Vedle administrativních kroků se praktická pomoc týká také přípravy domácího prostředí. Participantů zmiňovali například kompenzační pomůcky, kyslík, terénní služby, pečovatelskou službu nebo dovážku obědů. L1 uvedl, že sociální pracovníce dokáže také navrhnout, jaké pomůcky by pacient mohl potřebovat: *...je schopná kouknout, jaké pomůcky by se mu třeba hodily, a pak nám to třeba navrhne...* SP1 popsala, že při návratu domů jde často o *zajištění těch základních potřeb.*

V situacích, kdy se rodina na domácí péči necítí nebo ji není možné bezpečně zajistit, sociální pracovníce s rodinou probírá možnost hospicové péče. SP2 v této souvislosti uvedla, že pokud rodina péči doma nezvládne, *potom to teda směřuju k hospici, protože tam ta péče je zajištěná.* Smyslem takového řešení je zajistit odbornou péči o pacienta, ulevit jeho blízkým a současně umožnit vzájemnou blízkost. SP2 to doplnila slovy: *...aby ten rodinný příslušník prostě jen s tím člověkem byl, jenom prostě ten normální lidský kontakt.*

V závěrečné fázi se pak podle participantů hospicová péče řeší častěji. L3 popsal, že *ze začátku právě spíš ty příspěvky na péči... a pak ta konečná fáze řešíme vyloženě hospice.* SP1 k tomu doplnila: *Pokud už opravdu tam je ta indikace a rodina má zájem, tak samozřejmě domlouváme domácí hospicovou službu.*

V některých případech pokračuje kontakt s pacientem a rodinou také prostřednictvím ambulance paliativní péče. SP1 uvedla, že s pacienty a rodinami mohou zůstat v kontaktu i po propuštění z nemocnice: *Pak se taky domlouváme s těmi pacienty... že budou dále dispenzarizováni v ambulanci... s tou rodinou zůstáváme v kontaktu a pak se domlouváme na změny...a to je to, co mám ráda, že se k těm pacientům člověk vrací.*

Sociální pracovníce se může podílet také na řešení méně obvyklých, ale pro pacienta a rodinu významných situací. SP1 v této souvislosti zmínila, že *domlouvali sňatek přímo u lůžka.* Tento příklad ukazuje, že praktická pomoc může reagovat i na specifická osobní přání pacienta v závěru života.

Praktická pomoc sociální pracovnice tak nespočívá pouze v zajištění služeb, pomůcek nebo administrativních kroků. Důležité je také to, že pomáhá hledat konkrétní podobu podpory podle toho, co pacient a rodina v dané chvíli potřebují.

#### 5.2.4 Profesní nároky na výkon sociální práce v paliativní péči

Participant spojovali práci sociální pracovnice v paliativní péči se znalostí sociálního systému, praktickou zkušeností, komunikačními dovednostmi a schopností rozpoznat hranice vlastní role. Sociální pracovnice zároveň upozorňovaly, že základní činnosti se u pacientů v paliativní péči ve své podstatě neliší od jejich běžné nemocniční praxe. Rozdíl však vnímaly v okolnostech, za kterých tato práce probíhá a v míře pozornosti, kterou pacient a rodina potřebují. SP2 v této souvislosti uvedla: *...že se mu věnuje trošku víc té pozornosti ze strany i toho lékaře, i nás.*

L1 spojil odbornost sociální pracovnice se vzděláním a znalostí profesních hranic. Uvedl, že *to vzdělání asi k tomuhle je potřeba...* a doplnil, že sociální pracovnice *vědí, co si můžou dovolit, co si dovolit nemůžou* a umí rozlišit, *co je profesionální, co není*. Podobně SP2 zdůraznila, že sociální pracovnice *nemůže nahrazovat lékaře a lékař naopak nemá dostatečné informace k sociální oblasti: Já nemůžu suplovat lékaře a lékař zase nemá informace k tomu sociálnímu...* Psychosociální podporu přitom vymezila jako podporu poskytovanou *ve smyslu mého vzdělání*. Odbornost sociální pracovnice je zde spojena nejen s tím, co zajišťuje, ale také s vědomím, kde její role začíná a kde končí.

K profesní odbornosti patří také přehled o dostupných službách. L3 uvedl, že sociální pracovník by měl mít *přehled o tom, co tady v okolí je k dispozici*. Tato znalost je důležitá při hledání konkrétní podpory pro pacienta a rodinu.

Sociální pracovnice zároveň zdůrazňovaly význam zkušenosti. SP2 uvedla, že *kromě nějakých obecných předpokladů potřebujete možná i nějakou zkušenost, něco si zažít*. SP1 v této souvislosti zmínila, že sociální pracovník by měl mít povědomí o hospicové péči a *absolvovat třeba nějaké stáže přímo v hospici*. Zkušenost podle nich pomáhá lépe se orientovat v konkrétních situacích, které tato práce přináší.

Participant zmiňovali také osobnostní a komunikační předpoklady. L3 uvedl, že sociální pracovník v paliativní péči by měl být *hodně trpělivý, hodně empatický... někdy, aby ten člověk byl opravdu třeba ráznější...* Komunikační dovednosti se objevují také v souvislosti s dalším vzděláváním. SP2 uvedla, že se sociální pracovnice hlásí na komunikační kurzy podle témat, která považují pro svou práci za potřebná.

Potřeba dalšího vzdělávání se ve výpovědích vztahovala jak k sociální práci, tak k lepšímu porozumění zdravotní situaci pacienta. V této souvislosti byla zmíněna také oblast paliativní péče. Sociální pracovníce popsaly, že sledují aktuální informace a účastní se přednášek a konferencí v oboru. SP1 tuto potřebu spojila se snahou *aktivně vyhledávat věci, které mě někam mohou posouvat*. Vedle orientace v sociálních službách považovaly obě sociální pracovníce za důležitou také základní orientaci ve zdravotním stavu pacienta. Ta jim umožňuje lépe navazovat na práci lékařů a srozumitelněji komunikovat s pacientem a rodinou.

Práce sociální pracovníce v paliativní péči tak vyžaduje nejen znalost služeb, ale také zkušenost, citlivou komunikaci a vědomí profesních hranic. Přestože základní činnosti navazují na běžnou nemocniční sociální práci, paliativní kontext zvyšuje nároky na způsob komunikace, práci s rodinou a spolupráci s dalšími členy týmu.

#### **5.2.5 Pohled lékařů a rodinných příslušníků**

V rozhovorech se kromě konkrétních činností sociální pracovníce objevovalo také hodnocení její role v péči o pacienta a rodinu. Lékaři ji spojovali zejména s dostupností, rychlou reakcí a znalostí sociální oblasti. Oceňovali také to, že sociální pracovníce přebírá část komunikace a organizace, na kterou zdravotnický tým nemá vždy dostatek prostoru.

L2 v této souvislosti uvedl, že *sociální pracovníce jsou skvělé a reagují rychle, i když toho mají moc*. SP2 podobně popsala, že lékařům *hrozně pomáhá, že spoustu věcí nemusí vůbec řešit oni, že to přesunou na toho sociálního pracovníka*.

Současně se však ukazuje, že vnímání sociální práce nemusí být na všech pracovištích stejné. SP1 popsala, že na některých odděleních má pocit uznání práce sociálních pracovníc, zatímco jinde si sice sociální šetření objednají, *ale pak nevím, jestli třeba pak vůbec čtou naši zprávu*. Rozdíly se tak mohou odvíjet od konkrétního oddělení a od toho, jak tým rozumí přínosu sociální práce.

Podpora rodiny byla spojována také s osobním zájmem sociální pracovníce. L3 zdůraznil význam jejího přístupu pro pacienty a jejich pečující: *...že z ní cítí opravdu, že je tady pro ně...to si myslím, že pro ně je hodně důležitý, že nejsou na to jako sami*. Význam této podpory v náročné situaci vystihl RP2: *Dokud se člověk do té situace nedostane, tak si ani neuvedomí, jak důležitá tahle pomoc je*. RP1 k tomu dodal, že byl překvapen, že *někdo cizí má takový zájem*.

Někteří lékaři popisovali sociální pracovníci jako těžko nahraditelnou součást péče. L3 uvedl, že v paliativní péči *to je jako možná bych i řekla někdy taková jako nejhlavnější funkce...samozřejmě oni očekávají pořešení těch symptomů, ale stále jsou vděčnější za sociálního pracovníka než psychologa, protože psychologa spousta lidí nechce, necítí potřebu, ale bez té sociální pracovnice bych si to fakt jako nedokázala představit.*

Sociální pracovnice je zde vnímána nejen podle konkrétních úkolů, které zajišťuje, ale také podle dostupnosti, podpory a zájmu, který pacientům a rodinám poskytuje. Zároveň se ukazuje, že uznání její práce závisí i na tom, jak je sociální práce chápána na konkrétním oddělení.

### 5.3 Limity sociální práce v nemocniční paliativní péči

V rozhovorech se vedle přínosu sociální pracovnice objevovaly také okolnosti, které její práci omezují nebo komplikují. Patří mezi ně časový tlak, prostorové a organizační podmínky, předávání informací v týmu, návaznost podpory po úmrtí pacienta i emoční náročnost této práce.

#### 5.3.1 Čas jako limitující faktor

Zásadním omezením se v rozhovorech ukazuje čas, jak ve smyslu jeho nedostatku, tak v rychlosti provozu. Sociální pracovnice popisovaly, že zejména na akutních lůžkách je potřeba situaci pacienta a jeho rodiny řešit velmi rychle. SP1 uvedla: *...v podstatě ta práce je trošku o čase... a to je to, co mě trápí, protože ten čas v tomhle ohledu je vzácný.* Tento časový tlak se přitom neprojevuje pouze na straně sociální pracovnice, ale také v tom, jak rychle musí na novou situaci reagovat rodina. SP2 v této souvislosti uvedla, že rodina je podle její zkušenosti *málo opečovávaná*, protože potřebuje čas, aby mohla novou situaci vnitřně přijmout, ale nemocniční provoz tento prostor neumožňuje: *...ten příbuzný to vlastně nemá v sobě vůbec zpracovaný... nedám jim ten prostor, protože na to nemám vůbec čas.* Z její výpovědi vyplývá potřeba umožnit rodině návrat k rozhovoru ve chvíli, kdy si situaci promyslí. Takový postup však nemocniční provoz zpravidla neumožňuje.

Nedostatek času ovlivňuje také možnost využívat komunikační dovednosti v plném rozsahu. SP2 uvedla, že některé techniky získané v kurzech není možné v nemocničním provozu běžně uplatnit, protože na ně v reálném čase není dostatečný prostor. Časový tlak tak neomezuje pouze praktickou pomoc, ale také možnost vést rozhovor postupně a vracet se k citlivým tématům.

Rychlost nemocničního provozu se promítá také do způsobu plánování sociální práce. SP1 uvedla, že individuální plány v tomto prostředí nevytvářejí: *Tady ne, tady to opravdu nejde*. Sociální práce podle její výpovědi probíhá spíše v rychlém režimu a reaguje na aktuální situaci pacienta a rodiny.

L2 zároveň upozornil, že pacienti se do nemocniční paliativní péče někdy dostávají až ve fázi, kdy zbývá málo času na plánování další péče: *Bohužel k nám lidé přicházejí často pozdě*. Návazná péče se pak podle něj řeší *narychlo, aby pacient nemusel zemřít v nemocnici, ale mohl jít například do hospice*. Sociální pracovnice pak musí v krátkém čase posoudit potřeby pacienta, vysvětlit možnosti péče a připravit další postup s rodinou.

S časovým omezením úzce souvisel také celkový objem práce. SP1 zdůraznila, že ji netíží primárně samotná práce s lidmi v obtížné životní situaci, ale spíše množství případů a nedostatek času: *...netrápí mě ani ta práce s tím, že to jsou osoby nešťastné z obou stran, ale ten objem, že jich je tolik a fakt toho času je málo*. Podobně SP2 popsala nemocniční provoz jako prostředí, kde je *moc práce, málo času a všechno je to takový jako hrozně zrychlený*. Tento tlak se pak promítá i do podpory pacienta a rodiny, kterým nelze vždy věnovat tolik času, kolik by jejich situace vyžadovala.

Sociální pracovnice tak často musí jednat rychle, přestože rozhovory s pacientem a rodinou vyžadují čas, trpělivost a možnost se k citlivým tématům opakovaně vracet. V rychlém nemocničním režimu se proto jejich práce odvíjí hlavně od toho, co pacient a rodina v dané chvíli potřebují.

### 5.3.2 Chybějící prostor a organizační zázemí

Dalším limitem je nedostatek prostoru pro citlivé rozhovory s pacientem a rodinou. V paliativní péči se často otevírají témata spojená se zhoršením zdravotního stavu, další péčí, obavami rodiny nebo přáním pacienta. Pro takové rozhovory je důležité soukromí, které však v nemocničním prostředí nemusí být vždy dostupné.

SP1 v této souvislosti zmínila, že na odděleních chybí vhodná místa pro rozhovor: *...i ty prostory... na těch odděleních chybí ty místa... najít nějaký kout, kde to s lidmi a rodinou probereme*. Podobně SP2 uvedla: *Tady obecně vadí, že takovýhle věci probíhají na pokoji, kde jsou další dva*. Nedostatek soukromí tak ztěžuje otevřený rozhovor o tématech, která mohou být pro pacienta i jeho blízké velmi osobní.

Organizační limity se ve výpovědích objevovaly také ve vztahu k dostupnosti personálu a k nastavení paliativní péče v nemocnici. SP1 uvedla, že by vnímala jako přínosné posílení počtu sociálních pracovníků: *...myslím si, že kdyby nás bylo o jednu, o dvě víc, tak je to jediné dobře*. L2 podobně shrnul, že *chybí ty informace obecně, chybí lidé, čas*. Zároveň vyjádřil potřebu, aby sociální pracovníci, psychologové a paliatři byli součástí týmu *naplno, nejen jako vedlejšák*.

S nastavením týmové spolupráce souvisí také rozdílné využívání paliativního týmu. Někteří participanté popisovali, že spolupráce s ním není na všech pracovištích běžnou součástí péče. L1 uvedl: *Nejsme zvyklý s ním spolupracovat*, a doplnil, že se obrací spíše přímo na sociální pracovníci. L3 v této souvislosti zmiňoval, že možnosti konziliárního paliativního týmu nejsou podle jeho zkušenosti využívány v plném rozsahu.

Podmínky pro práci sociálních pracovníků jsou tak omezeny nejen nedostatkem soukromí pro rozhovory, ale také organizací péče na konkrétním pracovišti. Roli hraje dostupnost personálu, způsob spolupráce v týmu i to, zda je paliativní tým běžně využíván.

### 5.3.3 Když informace nebo načasování nenavazují

Předávání informací bylo popsáno jako důležitý předpoklad spolupráce mezi lékařem a sociální pracovníci. Problém nastává ve chvíli, kdy sociální pracovníci neví, co již bylo pacientovi a rodině sděleno a zda své situaci dostatečně rozumějí.

SP1 uvedla, že se v praxi *informace ne vždy předají*. Zároveň popsala situace, kdy pacient sděluje, že neví, co se s ním děje: *...často se stává, že pacient se vyjádří, že vlastně nic neví, nikdo mu nic neřekl...* Pro sociální pracovníci je pak obtížné otevírat téma hospice nebo jiné formy další péče, pokud nemá jistotu, že předchozí zdravotní informace byly srozumitelně sděleny.

Další problém se týká načasování zapojení sociálních pracovníků. L2 popsal, že sociální pracovníci bývají někdy přizváni až ve chvíli, kdy je situace již složitá a je potřeba jednat rychle. Podle jeho výpovědi by bylo vhodné řešit sociální situaci dříve, ideálně již při příjmu. Pozdní zapojení pak zkracuje čas na zjištění potřeb, rozhovor s rodinou i přípravu návazné péče.

Na druhé straně SP2 upozornila, že problémem nemusí být pouze pozdní, ale také příliš brzké přizvání sociálních pracovníků: *Někdy si myslím, že nás zvou zbytečně, jako v předstihu... myslím, že by si mohl nejdříve ten lékař promluvit s tou rodinou*. Nejde tedy jen o to, aby byla sociální pracovníci přizváni co nejdříve, ale aby její vstup navazoval na dostatečné informování pacienta a rodiny.

Nedostatečné předání informací nebo nevhodné načasování může další práci s pacientem a rodinou komplikovat. Sociální pracovníce pak nemusí mít jistotu, co již bylo pacientovi a jeho blízkým sděleno, nebo je přizvána ve chvíli, kdy rodina ještě není připravena další péči řešit. Naopak pozdní zapojení zkracuje čas potřebný k domluvě dalšího postupu.

#### 5.3.4 Pozůstalostní podpora jako nenaplněná oblast

V rozhovorech se objevuje také téma podpory rodiny po úmrtí pacienta. Nejde o oblast, která by byla popisována jako systematicky nastavená součást práce sociální pracovníce, někteří participanti ji však označovali za potřebnou.

L4 v této souvislosti uvedl, že podle jeho zkušenosti *chybí hodně ta pozůstalostní péče*. Sociální pracovníce by podle něj mohla být oporou také pro pozůstalé, a to zejména v situacích, kdy lékař nebo sestra nemají prostor věnovat se dalším potřebám rodiny. Popsal ji jako možný *backup pro ty lidi, pro toho pacienta i pro ty pozůstalý. To, co sestřička nebo doktor nezvládne*. Jeho výpověď tak ukazuje pozůstalostní podporu jako oblast, která je vnímaná jako potřebná, ale v praxi zůstává spíše stranou.

Podobně SP1 popsala vlastní potřebu kontakt s rodinou po úmrtí pacienta uzavřít, zvláště pokud s ní byla v průběhu péče častěji v kontaktu. Uvedla, že když rodina přichází pro pozůstalost, má potřebu *u toho být a nějak to uzavřít*, ale zároveň dodala, že *to tady prostě neprobíhá*. Doplnila, že tomu často brání provozní okolnosti, například čas, víkendový provoz nebo skutečnost, že se s rodinou již nepotká.

Z pohledu rodinných příslušníků se objevuje zkušenost, že možnost dalšího kontaktu byla nabídnuta ještě před úmrtím pacienta. RP2 uvedl: *Po úmrtí už se neozvala. Ale předtím nám tu možnost kontaktu nabídl*. Výpověď ukazuje, že podpora po úmrtí nemusí mít podobu automatického navázání kontaktu, ale spíše nabídky, na kterou se rodina může v případě potřeby obrátit.

SP2 zároveň upozornila, že potřeby rodiny po úmrtí pacienta se mohou lišit podle životní situace pozůstalých. Jiná situace podle ní nastává u úmrtí staršího člověka a jiná například u úmrtí mladého rodiče, kdy *sociální pracovník ještě má co dořešovat*. Podpora po úmrtí zde není spojena pouze s emoční stránkou, ale také s praktickými a sociálními otázkami, které mohou zůstat po ztrátě blízkého člověka otevřené. Právě v těchto případech se ukazuje, že pozůstalostní podpora může v nemocničním prostředí chybět.

Pozůstalostní podpora se tak v rozhovorech ukazuje jako potřebná, ale ne vždy systematicky zajištěná oblast. V praxi závisí na čase, provozu oddělení i na tom, zda se sociální pracovníce s rodinou po úmrtí pacienta ještě setkává.

### 5.3.5 Emoční zátěž a způsoby jejího zvládání

Kromě organizačních a časových limitů sociální pracovníce popisovaly také emoční náročnost práce v paliativní péči. Zátěž spojovaly nejen se samotným tématem umírání, ale také s náhlými ztrátami a s péčí o mladší pacienty.

SP1 zmiňovala jako náročné zejména úmrtí mladších pacientů nebo nečekané úmrtí pacienta, kdy se může objevit *pocit, že se člověk nestihne rozloučit*. Tyto situace podle její výpovědi nezasahují pouze rodinu, ale také sociální pracovníci, která byla do péče zapojena.

Zvládání zátěže bylo ve výpovědích spojováno především s osobními strategiemi. SP1 k tomu stručně uvedla: *Mám na to nějaké osobní nástroje*. SP2 popsala potřebu učit se s touto zátěží pracovat a udržovat určitou vnitřní hranici: *...musíte se prostě nějak vnitřně naučit snažit se tu zeď budovat tak, aby vám to neubližovalo a současně vás to neotrávilo v té práci*. Zároveň mluvila o potřebě mít mimo práci činnosti, které jí pomáhají pracovní zátěž zvládat.

Vedle osobních strategií byla důležitá také podpora mezi kolegyněmi. SP2 zmínila, že supervize jako forma podpory je sice dostupná, v praxi ji však nevyužívají. Větší význam přikládala možnosti sdílet náročné situace s kolegyní, která zná prostředí nemocnice i povahu jejich práce. K tomu uvedla: *Kdo tady nepracuje, tak tomu nikdy prostě nevyvětlím, co to vlastně tady obnáší*. Hlavní oporou tak zůstává vzájemné sdílení zkušeností a vlastní způsoby, jak si od práce udržet potřebný odstup.

Emoční zátěž je podle výpovědí součástí práce sociálních pracovníků v paliativní péči. Její zvládání však bylo popisováno především jako otázka osobních strategií a podpory mezi kolegyněmi, zatímco supervize v praxi využívána není.

## 5.4 Shrnutí hlavních zjištění

Shrnutí vychází z analýzy rozhovorů se sociálními pracovníci, lékaři a rodinnými příslušníky pacientů. Všichni participanti měli přímou zkušenost s nemocniční paliativní péčí v KNL. Hlavní zjištění jsou uspořádána podle stanovených průzkumných otázek.

### **Situace zapojení a potřeby pacientů a jejich blízkých (DPO1)**

Sociální pracovnice je do paliativní péče zapojována zejména tehdy, když zdravotní stav pacienta vyžaduje rozhodnutí o další podobě péče, tedy zda a za jakých podmínek může péče pokračovat mimo nemocnici.

Podle výpovědí se paliativní péče netýká pouze onkologicky nemocných, ale také pacientů s jinými pokročilými onemocněními, vyšším věkem a křehkostí, u nichž jsou omezené možnosti kurativní léčby. Kromě specializované paliativní ambulance se proto sociální pracovnice s těmito pacienty setkává napříč různými odděleními nemocnice.

Nejčastější potřeby pacientů a jejich blízkých se týkají orientace v tom, jak může paliativní péče dále pokračovat, a praktického zajištění podpory po propuštění z nemocnice. U pacientů jde především o potřebu takové péče, která umožní důstojně dožít v domácím prostředí nebo v hospici. U rodinných příslušníků se objevuje potřeba porozumět dostupným možnostem, ujasnit si vlastní možnosti péče a získat podporu ve chvílích nejistoty či potíží se zvládáním péče.

Zjištění zároveň ukazují, že zapojení sociální pracovnice není na všech pracovištích načasováno stejně. V paliativní ambulanci je kontakt zajišťován spíše včas a pravidelně, zatímco na lůžkových odděleních bývá sociální pracovnice často přizvána až při konkrétním plánování propuštění, domácí péče nebo hospicové péče. Podnět ke spolupráci přichází nejčastěji od lékaře.

### **Kompetence a specifické činnosti (DPO2)**

Sociální pracovnice v nemocniční paliativní péči uplatňuje především komunikační dovednosti, schopnost zjišťovat potřeby pacienta a rodiny, orientaci v dostupných službách a praktickou zkušenost. Důležitá je také schopnost pracovat v rámci své odbornosti, navazovat na informace od lékaře a spolupracovat s dalšími členy týmu. Citlivé doprovázení pacienta a rodiny v náročné životní situaci se ukazuje jako jedna z významných součástí této role.

Mezi hlavní činnosti patří zjišťování potřeb pacienta a rodiny, podpora při rozhodování o další podobě paliativní péče a praktické zajištění návazné pomoci. Sociální pracovnice pomáhá pacientovi a jeho blízkým porozumět dostupným možnostem, zohlednit přání pacienta i možnosti pečujících a převést dohodnutý postup do konkrétních kroků.

Z výpovědí vyplynulo, že základní činnosti sociální pracovnice se u pacientů v paliativní péči ve své podstatě neliší od běžné nemocniční sociální práce. Specifické jsou především okolnosti, za kterých tato práce probíhá. V kontextu pokročilého onemocnění,

omezených možností léčby a nejistého vývoje zdravotního stavu pacienta se sociální práce zaměřuje spíše na aktuální potřeby pacienta a rodiny než na dlouhodobé plánování. Více se proto zvyrazňuje význam citlivé komunikace, psychosociální podpory a hledání řešení, které je pro pacienta i jeho blízké zvládnutelné.

### **Faktory ovlivňující výkon sociální práce**

Z rozhovorů vyplynulo, že výkon sociální práce v nemocniční paliativní péči je výrazně ovlivněn podmínkami nemocničního provozu. Nejčastěji byl zmiňován nedostatek času, vysoký objem práce a chybějící soukromí pro citlivé rozhovory. Tyto okolnosti omezují možnost věnovat pacientovi a rodině tolik prostoru, kolik by jejich situace vyžadovala.

Dalším faktorem je také návaznost spolupráce s lékaři a načasování zapojení sociální pracovnice. Pokud sociální pracovnice nemá dostatek informací o tom, co již bylo pacientovi a rodině sděleno, nebo je přizvána příliš pozdě, její práce se komplikuje. Naopak příliš brzké zapojení bez předchozího rozhovoru lékaře s rodinou může být pro rodinu matoucí. Důležité proto není pouze to, aby byla sociální pracovnice do péče zapojena, ale také kdy a s jakými informacemi.

Jako méně zajištěná oblast se ukázala podpora rodiny po úmrtí pacienta. Přestože je pozůstalostní péče vnímána jako potřebná, v nemocničním systému není systematicky nastavena. Podobně není běžně využívána ani supervize jako forma podpory pro sociální pracovnice, přestože práce v paliativní péči je spojena s emoční zátěží. Tu sociální pracovnice zvládají především prostřednictvím osobních strategií a vzájemné podpory.

### **Význam a potřebnost (HPO)**

Sociální pracovnice v nemocniční paliativní péči v KNL zaujímá důležité místo při podpoře nevyléčitelně nemocného pacienta a jeho blízkých. Její role vystupuje do popředí ve chvíli, kdy se rozhoduje o dalším směřování péče.

Při hledání dalšího postupu zohledňuje přání pacienta, možnosti rodiny i dostupné formy podpory. V prostředí nemocnice tak pomáhá nastavit kroky, které jsou pro pacienta a jeho blízké reálně zvládnutelné. Potřebnost sociální pracovnice se přitom ukazuje jak na akutních lůžkách, kde je často nutné rychle řešit další zajištění péče, tak v paliativní ambulanci, kde mohou být pacient a rodina s možnostmi podpory seznámeni dříve.

Ve chvíli, kdy na rozhovor o závažném zdravotním stavu navazuje otázka další paliativní péče, je důležitou oporou lékaře právě sociální pracovnice. Její role je významná především tím, že zajišťuje část podpory vyžadující orientaci v sociálních službách, domácí a hospicové péči.

Pro pacienta a jeho blízké představuje sociální pracovnice oporu ve chvíli, kdy se musí zorientovat v možnostech paliativní péče a současně se vyrovnávají se zhoršujícím se stavem blízkého člověka. Její pomoc není vnímána pouze jako praktické zajištění služeb, ale také jako podpora v nejistotě, při rozhodování a při hledání postupu, který rodina dokáže unést. Důležitý je také pocit, že o jejich situaci někdo projevuje skutečný zájem.

Zároveň bylo zjištěno, že využití sociální práce se mezi pracovišti liší. Na některých odděleních je sociální pracovnice vnímána jako běžná a potřebná součást péče, jinde je její role spojována spíše s konkrétními praktickými úkoly. Přes tyto rozdíly se ukazuje, že sociální pracovnice má v nemocniční paliativní péči význam, který přesahuje samotné zajištění služeb.

## 6 Diskuse

Sociální práce v nemocniční paliativní péči se v průzkumu ukázala jako odborná činnost důležitá při řešení dopadů závažného onemocnění na běžné fungování pacienta a jeho rodiny. V prostředí KNL se její role soustředí zejména na zajištění návazné podpory a na posouzení, zda je navrhovaný další postup péče pro pacienta a jeho blízké skutečně proveditelný. Tím sociální práce doplňuje zdravotnickou péči o pohled na každodenní realitu nemocného, možnosti jeho blízkých a podmínky, za nichž bude další péče zajišťována.

Toto pojetí odpovídá celostnímu chápání paliativní péče, které zahrnuje tělesné, psychické, sociální i spirituální potřeby pacienta a jeho blízkých. Sociální práce v tomto rámci představuje oblast, která pomáhá zachytit sociální dopady nemoci a jejich vliv na kvalitu života pacienta i rodiny. Bužgová (2015, s. 51–52) uvádí, že u pacientů v pokročilém stadiu nemoci vystupují do popředí potřeby spojené s respektem, podporou zdravotnických pracovníků a zachováním sociálních vztahů. V KNL se tento rámec promítá především do situací, kdy rodina potřebuje porozumět situaci, zvážit možnosti další péče a přitom reálně zhodnotit vlastní síly. Sociální pracovnice zde přispívá k tomu, aby další péče odpovídala nejen zdravotnímu stavu pacienta, ale také možnostem pečujících osob, dostupným službám a únosnosti péče v konkrétním rodinném prostředí.

Význam sociální práce je podpořen také interním nastavením paliativní péče v KNL. Zdravotně-sociální pracovník je v interním standardu zařazen mezi základní členy konziliárního týmu paliativní péče. Sociální rozměr péče je zachycen i v indikacích specializované paliativní péče, mezi nimiž jsou uvedeny organizační, sociální a koordinační potřeby, zajištění návazné péče a péče zaměřená na blízké osoby. Standard zároveň počítá se sledováním potřeb rodiny a se zprostředkováním kontaktu na zdravotně-sociálního pracovníka při jejich zjištění (KNL 2024). Z dokumentu tedy vyplývá, že sociální práce má v paliativní péči KNL své formální místo. Průzkum se však zaměřoval na zkušenosti sociálních pracovníků, lékařů a rodinných příslušníků, nikoli na systematické sledování naplňování interního standardu na jednotlivých odděleních. V popředí zjištění tak stojí otázka praktického využití sociální práce, tedy zda ostatní členové týmu sociální dopady onemocnění včas rozpoznají a zda vědí, kdy a s čím sociální pracovníci oslovit.

S praktickým využitím sociální práce úzce souvisí také načasování jejího zapojení. Na lůžkových odděleních bývá oslovena spíše ve chvíli, kdy je potřeba řešit další péči nebo propuštění. V ambulanci paliativní péče je naopak kontakt se sociální pracovnící přirozenou součástí péče od jejího počátku, takže pacient i rodina mohou být s možnostmi

podpory seznamování postupně. Tento rozdíl lze chápat jako projev odlišných provozních podmínek jednotlivých pracovišť. Ambulance paliativní péče poskytuje větší prostor pro opakovaný kontakt s pacientem a rodinou, zatímco lůžková oddělení jsou častěji ovlivněna časovým tlakem hospitalizace a potřebou rychlého rozhodnutí o dalším postupu.

Na tuto skutečnost navazuje širší problém včasného zapojení paliativního týmu v nemocnici. Aktuální průzkum Centra paliativní péče popisuje, že paliativní týmy jsou v českých nemocnicích často volány pozdě. Včasné zapojení podle něj souvisí také s tím, nakolik je činnost týmu v nemocnici známá a jaké má tým v organizaci postavení (Koubová 2026a). Obdobně je v rozhovoru o nemocniční paliativní péči zdůrazněno, že tým může fungovat včas a účinně tehdy, pokud je jeho činnost v nemocnici známá a ostatní pracovníci jsou paliativnímu přístupu nakloněni (Neumannová 2020). Zjištění z KNL tuto souvislost potvrzují v užším zaměření na sociální práci. Dostupnost sociální pracovnice sama o sobě nestačí, pokud její role není pro ostatní odborníky srozumitelná.

S včasným zapojením souvisí také kontinuita péče při přechodu pacienta z nemocnice do dalších služeb. Koubová (2026b) upozorňuje na význam plánu péče, který má zajistit, aby přání pacienta a domluvený postup byly srozumitelně předány dalším poskytovatelům služeb. V provedeném průzkumu však nebylo zkoumáno, zda a jak je takový plán v KNL vytvářen, protože otázka plánování byla položena pouze sociálním pracovnícím. Ty nepopisovaly tvorbu formálních individuálních plánů, ale praktické nastavování dalšího postupu podle aktuální situace pacienta a rodiny. Tento způsob práce souvisí také s časovými možnostmi nemocničního provozu, v němž podle výpovědí není pro formální plánování dostatečný prostor. Zjištění se proto vztahují k sociální rovině návaznosti péče, nikoli k formálnímu plánování péče celého paliativního týmu. Význam sociální pracovnice spočívá v tom, že i v časově omezených podmínkách pomáhá rodině porozumět dostupným možnostem, posoudit jejich proveditelnost a připravit další postup tak, aby byl pro pacienta a jeho blízké co nejméně zatěžující.

Včasné zapojení sociální pracovnice zároveň předpokládá návaznost na komunikaci lékaře s pacientem a rodinou. Pokud není zřejmé, jaké informace již byly pacientovi nebo jeho blízkým sděleny, může být obtížné otevírat témata hospicové péče nebo dalších forem podpory. Toto zjištění je v souladu se Švébišovou (2023), která zdůrazňuje význam návaznosti komunikace mezi odborníky a potřebu vědět, jak pacient a rodina sděleným informacím rozumějí. V prostředí KNL se tato potřeba ukazuje jako podmínka kvalitního sociálního šetření. Sociální pracovnice může na předchozí rozhovory bezpečně navázat tehdy, má-li dostatek informací o tom, jak pacient a rodina své situaci rozumějí a jaké

možnosti další péče jsou zvažovány. Komunikace tak představuje základ kvalitní sociální práce s pacientem a jeho blízkými i účinné mezioborové spolupráce.

Psychosociální podpora se v průzkumu ukázala jako přirozená součást sociální práce s pacientem a jeho blízkými. Projevuje se zejména ve chvílích nejistoty, rozhodování o další péči a zvažování možností, které jsou pro rodinu emočně i prakticky náročné. Tuto rovinu sociální práce lze propojit s poznatky Bužgové (2015), která u pacientů v pokročilém stadiu nemoci zdůrazňuje význam respektu, provázení a zachování sociálních vztahů. U rodinných příslušníků zároveň upozorňuje na potřebu informací, otevřené komunikace a podpory při zvládání péče o nemocného. V prostředí KNL se tyto potřeby promítají do situací, kdy rodina může mít základní informace o dostupných službách, přesto nemusí být schopna sama vyhodnotit, která forma pomoci odpovídá jejím možnostem, časové kapacitě, bydlení nebo míře psychického zatížení. Psychosociální rozměr sociální práce zde spočívá především v tom, že sociální pracovnice pomáhá rodině porozumět situaci, pojmenovat její možnosti a hledat řešení, které je únosné pro pacienta i pečující osoby.

Zjišťování potřeb se v průzkumu netýkalo pouze praktického zajištění další péče. Okrajově se v průzkumu objevila také spirituální rovina podpory. Nebyla popisována jako samostatná náplň sociální práce, přesto se promítala do rozhovorů s pacienty a jejich blízkými. Rodiny podle výpovědí často potřebují prostor, v němž mohou mluvit o nejistotě, strachu, obavách z další péče nebo o tom, co v souvislosti s nemocí blízkého člověka prožívají. V tomto ohledu zjištění korespondují s Kabelkou (2020, s. 139–140), podle něhož spirituální podpora nesouvisí výhradně s náboženskou vírou, ale také s hodnotami, vztahy, smyslem života a hledáním naděje v těžké nemoci. Zjištění tak ukazují, že sociální pracovnice může spirituální rovinu zachytit především prostřednictvím citlivého rozhovoru a naslouchání, aniž by se její role překrývala se specializovanou duchovní péčí. Ta zůstává doménou nemocničního kaplana, kterého může sociální pracovnice do péče přizvat v případě potřeby hlubší duchovní či náboženské podpory.

Z hlediska činností sociální pracovnice se ukazuje, že paliativní péče nevyžaduje zcela odlišný typ sociální práce. Legislativa vymezuje u zdravotně-sociálního pracovníka mimo jiné sociální šetření, odborné sociální poradenství a zajišťování návazné péče (Vyhláška č. 55/2011 Sb., § 9). Právě tyto činnosti byly v průzkumu spojovány s prací sociálních pracovníků v KNL u paliativních pacientů i v běžné nemocniční sociální práci. Průzkum však ukázal, že jejich specifická v paliativní péči spočívá především v pod-

mínkách, za nichž jsou vykonávány. Sociální pracovníce často jedná v časové tísní, reaguje na nejistotu rodiny a propojuje dostupné služby s potřebami pacienta a možnostmi jeho blízkých. Běžné činnosti zdravotně-sociální práce tak v paliativním kontextu získávají vyšší emoční, komunikační a koordinační náročnost.

Zároveň se ukázalo, že praxe sociálních pracovníků v KNL ve významné míře odpovídá evropskému kompetenčnímu rámci sociální práce v paliativní péči, který zdůrazňuje posuzování potřeb, komunikaci, podporu rozhodování, plánování péče a týmovou spolupráci (Hughes et al. 2015). V průzkumu se tyto oblasti promítaly zejména do práce s pacientem a rodinou, zprostředkování návazné podpory a spolupráce s dalšími členy týmu.

Využití uvedených kompetencí závisí také na tom, jak je působení sociální pracovníce chápáno ostatními odborníky. Z výpovědí lékařů vyplynulo, že sociální pracovníce je vnímána jako odborná opora pro zdravotnický tým, pacienta i jeho rodinu. Její přínos spojován zejména se schopností samostatně uchopit sociální rovinu péče, komunikovat s rodinou a přinášet do týmu vlastní pohled na další postup péče.

Současné však bylo patrné, že spolupráce není na všech odděleních popisována stejně. Na pracovištích, kde je sociální práce chápána šířeji, je sociální pracovníce vnímána jako součást komplexní péče a jako partnerka zdravotnického týmu při hledání zvládnutelného řešení pro pacienta a jeho blízké. Tam, kde je její působení spojováno především s praktickým zajištěním propuštění nebo návazných služeb, zůstává část její odbornosti méně viditelná.

Doporučení Nadačního fondu Abakus pro dostupnou paliativní péči zdůrazňují, že paliativní tým potřebuje jasně vymezenou nabídku a postupně budované povědomí o své činnosti napříč odděleními (Abakus 2022, s. 20–21). Podobná souvislost se ukazuje také u sociální práce v KNL. Přínos sociální pracovníce může být lépe využit tehdy, pokud ostatní členové týmu rozumějí její odborné roli a nevnímají ji pouze jako nástroj pro praktické zajištění návazných služeb.

Odborný výkon sociální práce v nemocniční paliativní péči je ovlivňován limity nemocničního provozu. Nedostatek času, omezené prostorové zázemí pro citlivé rozhovory, obtíže v předávání informací a rozdílné načasování spolupráce vypovídají o podmínkách, v nichž je sociální práce vykonávána. Tato zjištění poukazují na napětí mezi odborným pojetím komplexní paliativní péče a každodenním provozem nemocnice. Švébišová (2023, s. 238) v této souvislosti upozorňuje na význam vhodného místa pro rozhovor i dostatek času a prostoru pro reakce pacienta i rodiny. V KNL však tyto podmínky nejsou vždy samozřejmé. Výsledky tak ukazují, že možnosti odborného výkonu sociální práce

jsou závislé také na organizačním zázemí. Rychlé předání základních informací nemůže plně nahradit citlivý rozhovor, zejména v situaci, kdy rodina současně prožívá strach, únavu, nejistotu a potřebuje se zorientovat v praktických aspektech další péče.

Na význam odpovídajících podmínek upozorňuje také aktuální průzkum, podle něhož část dotazovaných nepovažuje své týmy za dostatečně kapacitně zajištěné (Koubová 2026a). V prostředí KNL se tento problém odráží především v časové náročnosti sociální práce a objemu činností, které sociální pracovníce při péči o paliativní pacienty a jejich rodiny vykonávají.

Výrazný rozdíl mezi odborným pojetím a možnostmi nemocniční praxe se ukazuje také u pozůstalostní podpory. Odborná literatura zdůrazňuje, že podpora rodiny může pokračovat i po úmrtí pacienta a zahrnovat emoční oporu i pomoc s praktickými a administrativními záležitostmi (Kabelka 2020; Jarkovská et al. 2011). Také interní standard KNL řadí pomoc s truchlením mezi indikace specializované paliativní péče (KNL 2024). Průzkum však ukazuje, že tato oblast není v nemocničním prostředí systematicky nastavena. Podpora pozůstalých v praxi závisí spíše na časových možnostech a intenzitě předchozího kontaktu sociální pracovníce s rodinou. Právě zde se zřetelně ukazuje hranice mezi metodickým ukotvením pozůstalostní podpory a reálnými možnostmi každodenního provozu nemocnice.

S výkonem sociální práce v paliativní péči souvisí také emoční zátěž. Sociální pracovníci se setkávají s umíráním, ztrátou, nejistotou a pocity bezmoci u pacientů i jejich blízkých. Z výpovědí vyplynulo, že tuto zátěž zvládají převážně prostřednictvím osobních strategií a kolegiální podpory, zatímco supervize podle jejich vyjádření není běžně využívána. Podle Hughese et al. (2015) patří k odbornému výkonu sociální práce v paliativní péči také reflexe vlastní praxe, sebereflexe a využívání podpory při zvládání náročných situací. Skutečnost, že supervize není v KNL běžnou součástí odborné praxe sociálních pracovníků, nelze chápat jako jejich individuální selhání. Tento stav spíše poukazuje na méně systematicky nastavenou podporu profese, která je dlouhodobě vystavena emočně i profesně náročným situacím.

Interpretaci zjištění je třeba vztáhnout také k limitům samotného šetření. Průzkum byl realizován v jedné nemocnici a vycházel z rozhovorů se sociálními pracovníci, lékaři a rodinnými příslušníky pacientů. Výsledky proto nelze zobecnit na všechna zdravotnická zařízení. Zároveň nebyly cíleně zkoumány všechny aspekty paliativní péče, například fungování paliativního týmu, formální tvorba plánu péče nebo detailní nastavení mezioborových postupů, přestože se zkoumaným tématem souvisejí. Tyto oblasti se však

vztahují spíše k celkovému nastavení paliativní péče v KNL, což nebylo záměrem této práce. Přínos průzkumu spočívá především v zachycení zkušeností aktérů, kteří se s nemocniční paliativní péčí v KNL přímo setkávají. Díky tomu bylo možné porozumět tomu, jak je sociální práce v tomto prostředí vnímána, kdy je využívána a jaké podmínky ovlivňují její praktické uplatnění.

Diskutovaná zjištění nejsou v přímém rozporu s odbornými poznatky. Spíše ukazují rozdíl mezi odborným a metodickým pojetím paliativní sociální práce a možnostmi jejího každodenního uplatnění v nemocničním prostředí. Odborné zdroje zdůrazňují včasnost, komplexní podporu pacienta a rodiny, týmovou spolupráci, reflexivní praxi a návaznost péče. V KNL se tyto principy potvrzují, současně však narážejí na časové možnosti, rozdílné načasování spolupráce, nejednotné povědomí o roli sociální pracovnice a méně systematicky nastavenou pozůstalostní podporu. Výsledky tak neoslabují význam sociální práce v paliativní péči, ale ukazují podmínky, které rozhodují o tom, zda může být její potenciál skutečně využit.

Celkově lze konstatovat, že průzkum potvrzuje potřebnost sociální práce v nemocniční paliativní péči. Její význam spočívá zejména v zachycení sociálních a rodinných souvislostí závažného onemocnění, které mohou být v provozu akutního zdravotnického zařízení snadno upozaděny. Sociální pracovnice v KNL přispívá k tomu, aby další péče byla prakticky uskutečnitelná a pro pacienta i jeho blízké únosná. Z diskuse zároveň vyplývá, že plnější využití této profese závisí na včasném rozpoznání potřeb pacienta a jeho blízkých, kvalitním předávání informací, srozumitelném vymezení role sociální pracovnice a podmínkách, které umožňují citlivou práci s rodinou.

## 7 Navrhovaná opatření

Na základě provedeného průzkumu lze navrhnout několik opatření, která směřují k posílení podmínek pro výkon sociální práce v nemocniční paliativní péči. Doporučení vycházejí zejména z oblastí, které byly v průzkumu identifikovány jako náročné, tedy z předávání informací, prostorových podmínek pro citlivé rozhovory, odborného vzdělávání, pozůstalostní podpory a emoční zátěže sociálních pracovníků.

Za vhodné lze považovat vytvoření jednoduchého pracovního postupu pro předávání informací mezi lékařem a sociální pracovnící u pacientů v paliativní péči. Tento pracovní postup by mohl být zařazen jako příloha standardu paliativní péče a zpřístupněn zaměstnancům obvyklým způsobem v rámci interní dokumentace nemocnice. Jednalo by se zejména o informaci, co již bylo pacientovi a jeho blízkým sděleno, jak pacient a rodina situaci rozumějí a jaké možnosti další péče jsou aktuálně zvažovány. Předání by mohlo proběhnout osobně nebo telefonicky. Smyslem opatření je, aby sociální pracovníce nevstupovala do citlivého rozhovoru bez základního kontextu a mohla bezpečně navázat na předchozí komunikaci lékaře s pacientem a jeho blízkými.

Další doporučení se týká podmínek pro citlivé rozhovory. Vzhledem k provozu nemocnice a zdravotnímu stavu pacientů nelze vždy zajistit samostatnou místnost. Reálnějším opatřením je stanovit minimální pravidla pro zajištění soukromí podle konkrétní situace. Pokud rozhovor probíhá s rodinou bez přítomnosti pacienta, měl by být podle možností využit nejklidnější dostupný prostor na oddělení. Pokud je pacient ležící a rozhovor probíhá u lůžka, bylo by vhodné alespoň omezit rušení, využít zástěnu a po dobu rozhovoru označit pokoj jednoduchým sdělením, že probíhá citlivý rozhovor a vstup je vhodný pouze v nezbytných případech. Takové opatření neodstraní prostorové limity nemocnice, může však přispět k větší důstojnosti rozhovoru a k pocitu bezpečí pacienta i rodiny.

V oblasti odborného rozvoje lze doporučit pokračovat ve vzdělávání sociálních pracovníků v tématech, která přímo souvisejí s paliativní péčí. Vhodné je zaměřit se zejména na komunikaci s rodinou v zátěži, krizovou intervenci, práci s pozůstalými, sebedpéči a psychosociální podporu v závěru života. Jako konkrétní možnost se nabízí například kurz *Kompetence sociálního pracovníka v paliativní péči*, který je určen sociálním pracovníkům a zaměřuje se na kompetence sociální práce v paliativní péči dle Evropské asociace paliativní péče. Využitelné mohou být také další vzdělávací akce Centra paliativní péče, například kurzy *Paliativní přístup*, *Plánování péče v závěru života* nebo *Sebedpéče* (Centrum paliativní péče 2026). Další možnost představují vzdělávací akce Cesty domů

určené sociálním pracovníkům a dalším odborníkům, například kurzy zaměřené na práci se ztrátou, péči o pozůstalé nebo náročné situace v paliativní péči (Cesta domů 2026). Výběr konkrétního kurzu by měl vycházet z aktuálních potřeb zdravotně-sociálního oddělení a dostupné nabídky vzdělávacích organizací.

Pozůstalostní podporu lze doporučit zpřesnit a organizačně ukotvit tak, aby rodiny věděly, v jakých situacích se mohou na sociální pracovníci obrátit i po úmrtí pacienta. Nejednalo by se o plošné oslovování všech pozůstalých, ale o srozumitelně předanou možnost následného kontaktu. Ta by byla vhodná zejména u rodin, s nimiž sociální pracovníce již spolupracovala. Současně by měla být dostupná také v situacích, kdy k navázání kontaktu během hospitalizace nedošlo z důvodu rychlého zhoršení stavu a úmrtí pacienta. V těchto případech by mohl informaci o možnosti kontaktovat sociální pracovníci rodině předat lékař nebo jiný člen zdravotnického týmu. Pokud by šlo o osobní rozhovor, měl by být veden v klidném a nerušeném prostoru. Cílem takto pojaté podpory by byla základní praktická orientace, citlivé uzavření spolupráce a případné nasměrování na další dostupné formy pomoci.

Za vhodné lze považovat také systémové zařazení externí supervize pro sociální pracovníce, které se podílejí na péči o paliativní pacienty a jejich rodiny. Z průzkumu vyplynulo, že sociální pracovníce zvládají emoční zátěž převážně prostřednictvím vlastních strategií a kolegiální podpory. Tyto způsoby jsou významné, vzhledem k náročnosti témat spojených s umíráním, ztrátou a bezmocí rodin však nemusí být dlouhodobě dostačující. Supervize by měla být nastavena jako běžná součást odborného zázemí, nikoli jako dobrovolná možnost využívaná až v případě problému. V podmínkách KNL by mohlo jít například o externí supervizní setkání několikrát ročně, případně o možnost mimořádné supervize po zvlášť zatěžujícím případě. Takové nastavení by podporovalo reflexi náročných situací a přispívalo k dlouhodobé kvalitě sociální práce v paliativní péči.

## Závěr

Cílem předložené bakalářské práce bylo popsat význam a kompetence sociálního pracovníka a zjistit jeho potřebnost při péči o nevyлéčitelně nemocné dospělé pacienty v Krajské nemocnici Liberec. Teoretická část vytvořila odborný rámec pro porozumění sociální práci ve zdravotnictví, paliativní péči a potřebám pacientů i jejich blízkých. Na tato východiska navázal kvalitativní průzkum, který přiblížil zkušenosti sociálních pracovníků, lékařů a rodinných příslušníků.

Potřebnost sociální práce v nemocniční paliativní péči se ukazuje především v okamžicích, kdy nemoc zásadně zasáhne do běžného fungování pacienta a jeho rodiny. V těchto situacích se rozhoduje nejen o dalším zdravotním postupu, ale také o tom, zda bude možné pokračovat v péči doma, jaká forma návazné péče bude vhodná a jakou podporu bude rodina schopna přijmout. Sociální pracovníce zde pomáhá propojovat možnosti pacienta, rodiny a dostupných služeb tak, aby další péče nebyla pouze formálně zajištěna, ale aby odpovídala skutečné situaci pacienta a jeho blízkých.

Role sociální pracovníce v nemocnici však není pouze administrativní a koordinační. Přestože je zajištění sociálních služeb, dávek, pomůcek nebo návazné péče důležitou součástí její práce, samotný význam této profese je širší. Spočívá také v tom, že sociální pracovníce dokáže samostatně uchopit sociální rovinu péče a být odbornou oporou pro pacienta, jeho rodinu i zdravotnický tým. Významnou součástí jejího působení je citlivá komunikace, vysvětlování dostupných možností a doprovázení ve chvílích, kdy se pacient i jeho blízcí nacházejí v nejistotě a pod tlakem závažného rozhodování. Právě spojení praktické pomoci, odborné orientace a lidské podpory ukazuje, proč má sociální práce v paliativní péči své pevné místo.

Současně se ukázalo, že samotná přítomnost sociální pracovníce v nemocnici ještě neznamená, že je její role dostatečně využita. Důležité je její včasné přizvání k pacientovi a jasné povědomí ostatních členů týmu o jejích kompetencích. Teprve při takovém nastavení spolupráce může sociální práce výrazněji přispívat k tomu, aby další postup odpovídal nejen zdravotnímu stavu nemocného, ale také jeho rodinnému a sociálnímu kontextu.

S tím úzce souvisejí podmínky, ve kterých je sociální práce vykonávána. Pro sociální práci s pacientem a rodinou je důležité nejen odborné vzdělání sociální pracovníce, ale také včasné a srozumitelné předávání informací mezi lékařem a sociální pracovnící, možnost vést rozhovor v klidném a důstojném prostředí a dostupná odborná podpora pro zvládání emočně náročných situací. V kontextu paliativní péče má své místo i pozůstalostní

podpora. Průzkum však ukázal, že tyto podmínky nejsou v KNL vždy ideální, a navržená opatření proto směřují k jejich zlepšení.

Výsledky průzkumu nelze vzhledem k jeho realizaci v jedné nemocnici a omezenému počtu respondentů zobecnit na všechna zdravotnická zařízení. Přesto přinášejí konkrétní pohled na to, jak je sociální práce v nemocniční paliativní péči vnímána a v čem může být pro pacienty, rodiny i zdravotnický tým přínosná. Další šetření by mohlo být zaměřeno na spolupráci celého paliativního týmu a za vhodných etických podmínek i na zkušenost samotných pacientů nebo rodin, které se s nemocniční paliativní péčí aktuálně setkávají.

Zpracování tématu autorce umožnilo propojit dosavadní zkušenosti z nemocničního prostředí s teoretickými východisky sociální práce a hlouběji porozumět tomu, jak významně rodinný a sociální kontext ovlivňuje možnosti péče o nevléčitelně nemocné. V širším smyslu předložená práce ukázala, že sociální práce v nemocniční paliativní péči přesahuje praktické zajištění návazné podpory. Připomíná, že pacient není jen nositelem diagnózy, ale také člověkem s rodinou, vztahy, obavami, přáními a konkrétními možnostmi. Právě v tomto pohledu je možné spatřovat hlavní přínos sociální práce v péči o nevléčitelně nemocné a jejich blízké.

## Seznam použitých zdrojů

ABAKUS - NADAČNÍ FOND ZAKLADATELŮ AVASTU, 2022. *8 doporučení pro začínající paliativní týmy v nemocnicích: inspirováno zkušenostmi pilotního programu nadačního fondu Abakus*. Online. Dostupné z: [https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Nada%C4%8Dn%C3%AD-fond-Abakus\\_8-doporu%C4%8Den%C3%AD.pdf](https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Nada%C4%8Dn%C3%AD-fond-Abakus_8-doporu%C4%8Den%C3%AD.pdf). [citováno 2025-11-03].

BARTOŠ, Jiří, SOCHOR, Marek, HRSTKOVÁ, Dagmar, 2017. *Paliativní péče v Komplexním onkologickém centru Liberec - první zkušenosti po zahájení projektu Spolu až do konce*. Online. Dostupné z: <https://files.avast.com/files/marketing/foundation/v2016/cz/nemocnice/paliativni-pece-krajska-nemocnice-liberec.pdf>. [citováno 2026-03-20].

BEDER, Joan, 2006. *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*. Online. 1. vyd. New York: Routledge. ISBN 978-0-415-95067-1. Dostupné z: <https://doi.org/10.4324/9780203956120>. [citováno 2025-08-20].

BRATOEVA, Evgeniya, RUSKOVA, Svilen, KUNEV, Svilen, 2025. Place, Role and Functions of Clinical Social Work in the Field of Healthcare. *Proceedings of the International Conference on Business Excellence*. Online. roč. 19, č. 1, s. 3700–3711. ISSN 2558-9652. Dostupné z: <https://doi.org/10.2478/picbe-2025-0282>. [citováno 2025-08-17].

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2025. *Spolu až do konce 2016 - 2020*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20250418110341/https://paliativnicentrum.cz/projekty/spolu-az-do-konce-2016-2020>. [archivováno 2025-04-18T11:03:41Z]. [citováno 2025-11-03].

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2026. *Vzdělávání*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20260226051727/https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani>. [archivováno 2026-02-26T05:17:27Z]. [citováno 2026-05-18].

CESTA DOMŮ, 2026. *Vzdělávací akce*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20260307203742/https://www.cestadomu.cz/vzdelavaci-akce>. [archivováno 2026-03-07T20:37:42Z]. [citováno 2026-05-18].

CORBIN, Juliet, STRAUSS, Anselm, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

DOSTÁLOVÁ, Olga, ŠIKLOVÁ, Jiřina, 2004. Sociální práce v paliativní medicíně. In: Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam, Yvona Pospíšilová. *Paliativní medicína*, s. 485–504. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

- FRANĚK, Martin, 2019. Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici. In: David Urban (ed.). *Sešit sociální práce: Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 15–19. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-184-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. přepr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.
- HOSPIC SV. ZDISLAVY, 2026. *Domácí hospic*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20260212215257/https://www.hospiczdislavy.cz/potrebuji-pomoci/domaci-hospic>. [archivováno 2026-02-12T21:52:57Z]. [citováno 2026-05-16].
- HUGHES, Sean, FIRTH, Pam, OLIVIERE, David, 2015. Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper - part 2. *European Journal of Palliative Care*. Online. roč. 22, č. 1, s. 38–44. ISSN 1479-0793. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/271504979\\_Core\\_competencies\\_for\\_palliative\\_care\\_social\\_work\\_in\\_Europe\\_an\\_EAPC\\_White\\_Paper\\_-\\_part\\_2](https://www.researchgate.net/publication/271504979_Core_competencies_for_palliative_care_social_work_in_Europe_an_EAPC_White_Paper_-_part_2). [citováno 2025-02-20].
- JARKOVSKÁ, Olga, KABELKA, Ladislav, ŠTĚPÁNKOVÁ, Marta, 2011. Sociální problematika v paliativní péči. In: Ondřej Sláma, Ladislav Kabelka, Jiří Vorlíček et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 333–339. 2. nezměn. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
- KABELKA, Ladislav, 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.
- KABELKA, Ladislav, 2020. *Nemocné rozhovory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1688-1.
- KABELKA, Ladislav, SLÁMA, Ondřej, LOUČKA, Martin, 2016. *Paliativní péče v České republice 2016: situační analýza*. Online. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>. [citováno 2025-11-02].
- KALVACH, Zdeněk, 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2. uprav. a dopl. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.
- KOPECKÝ, Ondřej, 2022. Konziliární tým paliativní péče v nemocnici. In: Jiří Vorlíček, Ladislav Kabelka, Ondřej Sláma et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 325–329. 3. přepr. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.

KOUBOVÁ, Michaela, 2026a. Léčba do posledního dechu. Proč české nemocnice volají paliativní tým pozdě? *Zdravotnický deník*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20260601200832/https://www.zdravotnickydenik.cz/2026/04/ceske-nemocnice-volaji-paliativni-tym-pozde/>. [archivováno 2026-06-01T20:08:32Z]. [citováno 2026-06-01].

KOUBOVÁ, Michaela, 2026b. Prání pacienta nesmí končit v koši. Nemocnice hledají cestu, jak provést umírajícího systémem. *Zdravotnický deník*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20260601200557/https://www.zdravotnickydenik.cz/2026/04/prani-pacienta-jak-provest-umirajiciho-systemem/>. [archivováno 2026-06-01T20:05:57Z]. [citováno 2026-06-01].

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, 2024. *Standard paliativní péče a péče o pacienta v terminálním stavu*. Interní dokument. Nemocniční QM portál Krajské nemocnice Liberec. Neveřejný zdroj.

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, 2026. Oddělení Krajské nemocnice Liberec. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20260328201955/https://www.nemlib.cz/oddeleni/>. [archivováno 2026-03-28T20:19:55Z]. [citováno 2026-03-29].

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, 2018. Analýza současného stavu výkonu sociální práce ve zdravotnictví. In: *Analýza současného stavu výkonu sociální práce ve školách a školských poradenských zařízeních a současného stavu výkonu sociální práce ve zdravotnictví*, s. 115–161. Online. 1. vyd. Praha: VÚPSV, v.v.i., výzkumné centrum Brno. ISBN 978-80-7416-371-5. Dostupné z: [https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vv\\_006.pdf](https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vv_006.pdf). [citováno 2025-08-20].

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina, GOLDMANN, Radoslav, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

MANNIX, Kathryn, 2022. *Naslouchej: jak najít slova pro citlivý rozhovor*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-93-5.

MARTIN, Aleysha K., GREEN, Theresa L., MCCARTHY, Alexandra L., SOWA, P. Marcin, LAAKSO, E.-Liisa, 2022. Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. Online. roč. 15, s. 765–772. ISSN 1178-2390. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S342197>. [citováno 2025-10-05].

MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022a. Pilotní projekt paliativní péče v nemocnicích přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20251102071651/https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pecce-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pecce-v-cr>. [archivováno 2025-11-02T07:16:51Z]. [citováno 2025-11-24].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022b. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 1/2022*. Online. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ\\_1-2022.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ_1-2022.pdf). [citováno 2025-09-25].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2024. *Přehled souhlasných stanovisek pro studijní programy VŠ – Ministerstvo zdravotnictví*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20250907205625/https://mzd.gov.cz/prehled-souhlasnych-stanovisek-vs/>. [archivováno 2025-09-07T20:56:25Z]. [citováno 2025-09-08].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2025a. *Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20250907195858/https://mzd.gov.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/>. [archivováno 2025-09-07T19:58:58Z]. [citováno 2025-09-10].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2025b. *Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035: analytická část*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2025/04/Analyticka-cast-Strategie-rozvoje-paliativni-pecce-v-CR-do-roku-2025.pdf>. [citováno 2025-08-14].

MÍŠOVIČ, Ján, 2025. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-6195-7.

NADAČNÍ FOND PRO ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE, 2025. *Program podpory individuálního vzdělávání v paliativní péči*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20251103161813/https://www.fondpaliativnipecce.cz/novinky/program-podpory-individualniho-vzdelavani-2025/>. [archivováno 2025-11-03T16:18:13Z]. [citováno 2025-11-03].

NEUMANNOVÁ, Jarmila, 2020. O nemocniční paliativní péči s Kateřinou Tichou. *Sociální práce*. Online. ISSN 1805-885X. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20240816011850/https://socialniprace.cz/inspirace-pro-praxi/o-nemocnicni-paliativni-peci-s-katerinou-tichou/>. [archivováno 2024-08-16T01:18:50Z]. [citováno 2025-07-28].

- PARKES, Colin Murray, RELF, Marilyn, COULDRICK, Marilyn, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PAYNE, Sheila, HARDING, Andrew, WILLIAMS, Tom, LING, Julie, OSTGATHE, Christoph, 2022. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine*. Online. roč. 36, č. 4, s. 680–697. ISSN 1477-030X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/02692163221074547>. [citováno 2025-11-06].
- SLÁMA, Ondřej, 2022. Základní principy paliativní péče. In: Ondřej Sláma, Ladislav Kabelka et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 21–26. 3. přepr. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
- SLÁMA, Ondřej, KREJČÍ, Jiří, AMBROŽOVÁ, Jana, 2019. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. Online. Dostupné z: [https://paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika\\_implementace\\_PPP\\_2019%20FINAL.pdf](https://paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf). [citováno 2025-10-11].
- SLÁMA, Ondřej, VAFKOVÁ, Tereza, 2020. *Paliativní péče*. Online. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISSN 1802-128X. ISBN 978-80-210-9628-8. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), [https://web.archive.org/web/20240715114523/https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni\\_pece/web/index.html](https://web.archive.org/web/20240715114523/https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/index.html). [archivováno 2024-07-15T11:45:23Z]. [citováno 2025-10-09].
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- ŠLENKRTOVÁ, Helena, MARKOVÁ, Věra, 2012. *Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních*. Online. Praha: Česká asociace sester. Dostupné z: [https://web.archive.org/web/20230715191730/https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0003\\_revize\\_3.pdf](https://web.archive.org/web/20230715191730/https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf). [citováno 2025-08-11].
- ŠVÉBIŠOVÁ, Hana, 2023. Paliativní péče (jak komunikovat s pacientem). *Medicína pro praxi*. Online. roč. 20, č. 4, s. 236–239. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2023.037>. [citováno 2026-05-17].
- URBAN, David (ed.), 2019. *Sešit sociální práce: Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-184-3.
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20250803094141/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [archivováno 2025-08-03T09:41:41Z]. [citováno 2025-09-15].

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020. *Palliative care*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20251102074839/https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. [archivováno 2025-11-02T07:48:39Z]. [citováno 2025-11-05].

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. *Palliative care The essential facts*. Online. 2022. Dostupné z: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/palliative-care/palliative-care-essential-facts.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/palliative-care/palliative-care-essential-facts.pdf). [citováno 2025-10-29].

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20250912232330/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [archivováno 2025-09-12T23:23:30Z]. [citováno 2025-09-25].

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Zákony pro lidi*. Online. Archivní kopie dostupná z: Internet Archive (distributor), <https://web.archive.org/web/20250503053717/https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. [archivováno 2025-05-03T05:37:17Z]. [citováno 2025-08-15].

## **Seznam příloh**

Příloha A: Žádost o sběr dat pro studijní účely

Příloha B: Návrh otázek k rozhovoru

Příloha C: Informovaný souhlas

Příloha D: Ukázka procesu kódování rozhovorů

Příloha A. Žádost o sběr dat pro studijní účely

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  Krajská nemocnice Liberec, a.s.<br>Liberec, Turnov, Frýdlant                                                                                                                         |  | VYMAZAT                                                                                                                                                 |  |
| <b>ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY</b>                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                         |  |
| v Krajské nemocnici Liberec, a.s. (Liberec, Turnov, Frýdlant)                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                         |  |
| v. 01_03/2024                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                         |  |
| <b>KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE</b>                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                         |  |
| jméno, příjmení, titul                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Jana Štryplová                                                                                                                                          |  |
| datum narození                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                         |  |
| adresa bydliště                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                         |  |
| Zaměstnanec KNL                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> ANO uveďte pracoviště<br><input type="checkbox"/> NE uveďte název organizace                                        |  |
| Název ŠKOLY                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input checked="" type="checkbox"/> Technická univerzita v Liberci<br><input type="checkbox"/> jiná vysoká/vyšší odborná škola                          |  |
| Název FAKULTY                                                                                                                                                                                                                                                          |  | FP KSS                                                                                                                                                  |  |
| Sběr dat za ÚCELEM                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> bakalářská práce<br><input type="checkbox"/> diplomová práce<br><input type="checkbox"/> jiný druh práce, upřesněte |  |
| Název PRÁCE                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Sociální práce v nemocniční paliativní péči                                                                                                             |  |
| Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat                                                                                                                                                                                                                                   |  | od 1. 11. 2025 do 30. 1. 2026                                                                                                                           |  |
| POUŽITÍ INTERNÍ DOKUMENTACE                                                                                                                                                                                                                                            |  | Standard paliativní péče a péče o pacienta v terminál. stavu                                                                                            |  |
| POUŽITÍ FOTODOKUMENTACE                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                         |  |
| Název PRACOVIŠTĚ, kde má být sběr dat proveden                                                                                                                                                                                                                         |  | Odd. soc. služeb<br>Všeob. interna<br>Odd. klinické onkologie<br>Kardiologie<br>Plicní oddělení                                                         |  |
| Datum                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                         |  |
| Podpis žadatele                                                                                                                                                                                                                                                        |  | podpis vedoucího dotčeného pracoviště                                                                                                                   |  |
| Student je povinen zajistit signování Žadosti vedoucím práce/studijním oddělení, včetně vyjádření k finanční zátěži pracoviště.                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                         |  |
| POVINNÉ přílohy žádosti                                                                                                                                                                                                                                                |  | PŮTVRZENÍ vedoucího práce                                                                                                                               |  |
| • stručná anotace odborné práce,<br>• vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek,                                                                                                                                                                                |  | Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu?<br><input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE                              |  |
| Datum, razítko organizace a podpis vedoucího práce                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                         |  |
| VYJÁDŘENÍ Krajské nemocnice Liberec:                                                                                                                                                                                                                                   |  | se SBĚREM DAT                                                                                                                                           |  |
| S použitím INTERNÍ DOKUMENTACE /FOTODOKUMENTATCE                                                                                                                                                                                                                       |  | SOUHLASÍM                                                                                                                                               |  |
| Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat                                                                                                                                                                                                                     |  | SOUHLASÍM                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ANO                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NESOUHLASÍM                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NESOUHLASÍM                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NE                                                                                                                                                      |  |
| Datum                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Podpis a razítko                                                                                                                                        |  |
| Potvrzenou žádost zašlete ve 2 originálech, pro <b>nelékařské obory</b> ředitelce ošetrovatelské péče nebo pro <b>lékařské obory</b> lékařskému řediteli, na adresu Husova 1430/34, 460 63 Liberec. Dokument bude uložen/k vyzvednutí oddělení <b>VZDĚLÁVÁNÍ (Q)</b> . |  |                                                                                                                                                         |  |

## **Návrh otázek k rozhovoru**

Níže uvedené otázky slouží jako podklad pro polostrukturovaný rozhovor, jehož cílem je zmapovat zkušenosti, postoje a vnímání role sociálního pracovníka v rámci nemocniční paliativní péče. Otázky jsou rozděleny podle jednotlivých cílových skupin respondentů (sociální pracovníci, lékaři, rodinní příslušníci) a umožňují zachytit různé perspektivy na výkon a přínos sociální práce v kontextu nemocniční paliativní péče. Rodinní příslušníci budou kontaktováni pouze na doporučení sociální pracovnice nebo lékaře z Krajské nemocnice Liberec. Cílem je oslovit ty, u kterých to bude v danou chvíli vhodné a citlivě možné.

### **Otázky pro sociální pracovníky:**

1. Jak byste popsal/a roli sociálního pracovníka v rámci nemocniční paliativní péče?
2. Jaké činnosti obvykle v této souvislosti vykonáváte?
3. Jak probíhá Vaše spolupráce s lékaři a dalšími členy zdravotnického týmu při poskytování paliativní péče?
4. S jakými potřebami pacientů a jejich rodin se v této souvislosti setkáváte?
5. Jaké odborné dovednosti považujete v kontextu paliativní péče za nejdůležitější?
6. Jak Vy osobně vnímáte postavení sociální práce v rámci nemocniční paliativní péče?

### **Otázky pro lékaře:**

1. Jak vnímáte roli sociálního pracovníka v rámci paliativní péče o nevléčitelně nemocné pacienty?
2. V jakých situacích s ním nejčastěji spolupracujete při péči o nevléčitelně nemocné a jaké činnosti přitom obvykle zajišťuje?
3. Jakými potřebami těchto pacientů a jejich rodin se podle Vašich zkušeností sociální pracovník nejčastěji zabývá?
4. Které kompetence sociálního pracovníka považujete v tomto kontextu za nejpřínosnější?
5. Co podle Vás usnadňuje nebo komplikuje spolupráci se sociálním pracovníkem při poskytování paliativní péče v nemocnici?
6. Jak celkově hodnotíte postavení a přínos sociální práce v rámci paliativní péče ve Vaší nemocnici?

### **Otázky pro rodinné příslušníky pacientů:**

1. Vzpomínáte si, kdy a jak jste se v nemocnici setkal/a se sociálním pracovníkem?
2. S čím Vám sociální pracovník konkrétně pomohl nebo pomáhá?
3. Jak byste popsal/a jeho přístup a způsob komunikace?
4. Jak celkově hodnotíte přítomnost a přínos sociálního pracovníka v průběhu péče o Vašeho blízkého?

### **Závěrečná otázka pro všechny respondenty:**

Je něco, co byste chtěl/a k této problematice ještě dodat? Co podle Vás v otázkách nezaznělo, a mělo by být řečeno?

## *Příloha C: Informovaný souhlas*

### **Informovaný souhlas s účastí v rozhovoru v rámci průzkumného šetření**

Název práce: Sociální práce v nemocniční paliativní péči

Autor práce: Jana Štrymplová, studentka bakalářského studijního programu Sociální práce, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, Technická univerzita v Liberci

Vedoucí práce: ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.

Vážený/á,

tímto Vás žádám o souhlas s účastí v rozhovoru, který je součástí průzkumné části bakalářské práce na výše uvedené téma. Cílem průzkumného šetření je zjistit, jaké kompetence sociálního pracovníka jsou uplatňovány při péči o nevyléčitelně nemocné pacienty v Krajské nemocnici Liberec a jak je vnímána jeho role a potřeba v kontextu poskytování paliativní péče.

Vaše účast v rozhovoru je zcela dobrovolná. Rozhovor bude trvat přibližně 30 minut. Můžete odmítnout odpovídat na jakoukoli otázku nebo kdykoli rozhovor ukončit, a to bez udání důvodu.

Rozhovor bude s Vaším souhlasem zvukově zaznamenán a následně přepsán. Veškeré informace, které v rámci rozhovoru poskytnete, budou zpracovány anonymně a použity výhradně pro účely zpracování této bakalářské práce. Záznamy budou po vyhodnocení průzkumu bezpečně skartovány.

#### Souhlas účastníka průzkumu:

Tímto potvrzuji, že jsem byl/a informován/a o účelu a průběhu průzkumu a dobrovolně souhlasím s účastí na rozhovoru. Souhlasím také s pořízením zvukového záznamu rozhovoru a s tím, že mé odpovědi budou anonymně využity při zpracování průzkumné části bakalářské práce.

Datum: .....

Podpis účastníka: .....

## Příloha D: Ukázka procesu kódování rozhovorů

V tabulce jsou uvedeny vybrané úseky přepsaných rozhovorů, přiřazené pracovní kódy a poznámky autorky využité při otevřeném kódování.

Barevné rozlišení v prostředním sloupci:

- žlutá – role, činnosti a kompetence sociální pracovnice,
- modrá – dopad na pacienta a rodinu,
- zelená – vztah a přínos pro tým,
- červená – limity a obtíže,
- šedá – kontextové informace.

|     |                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                                              |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| L2  | Chybí ty informace obecně, chybí lidé, čas ... že je tu nějaký paliativní tým                                                                                                     | chybí informace a čas                           | využití paliativní péče komplikuje málo informací, času a lidí               |
| L2  | Aby sociální pracovníci, psychologové a paliatři byli součástí týmu naplno, nejen jako vedlejší.                                                                                  | potřeba plnohodnotného paliativního týmu        | paliativní tým by měl být běžnou součástí péče, ne jen doplňkem              |
| L2  | A aby se o sociální situaci zajímali lékaři už na urgentním příjmu.                                                                                                               | řešit sociální situaci už při příjmu            | sociální potřeby by měli vnímat už lékaři při příjmu                         |
| L2  | Bez sociálních pracovníků si to u nás vůbec nedovedu představit.                                                                                                                  | nepostradatelnost SP                            | bez SP si péči na oddělení neumí představit součást péče                     |
| L3  | Příspěvek na péči. A zajištění domácí péče.                                                                                                                                       | dávky a domácí péče                             | roli SP spojuje hlavně s dávkami a zajištěním péče doma                      |
| L3  | ...už je se SP seznámím, aby věděli, na koho se mají obrátit... Aby se to řešilo včas.                                                                                            | včasný kontakt se SP                            | pacient a rodina mají od začátku vědět, na koho se obrátit                   |
| L3  | ...součástí toho paliativního rozhovoru je i vlastně ta sociální stránka, to znamená jaké mají zázemí, jak to zvládají vůbec doma...                                              | zjišťování sociálního zázemí                    | lékařka zjišťuje první informace                                             |
| L3  | Já ji pak většinou dám takový avízo a ona se na to napojí                                                                                                                         | sdílení informací mezi lékařem a SP             | lékařka zjišťuje první informace, SP pokračuje - vzájemná spolupráce         |
| L3  | ...SP využíváme fakt jako maximálně...                                                                                                                                            | časté zapojení SP                               | SP je na pracovišti využívána velmi často                                    |
| L3  | ...aby ty pacienti měli na začátku ten kontakt a vědět, jaké ty možnosti... jsou.                                                                                                 | včasný kontakt se SP                            | kontakt na SP pomáhá snížit nejistotu rodiny                                 |
| SP1 | Já preferuji určitě osobně předání informací...než jdu za pacientem, tak chci osobně vždycky mluvit s lékařem.                                                                    | osobní předávání informací                      | chce před rozhovorem nejdřív mluvit přímo s L                                |
| SP1 | ...od toho lékaře potřebuji vědět, že skutečně už je to záležitost... se kterou opravdu jednoznačně o tom můžu s tou rodinou mluvit.                                              | návaznost na sdělení lékaře                     | SP potřebuje vědět, co už L rodině řekl                                      |
| SP1 | ...jsou tady lékaři, kteří jsou v tom trošku nejistí. A s tím se strašně těžce pracuje.                                                                                           | nejistota lékařů                                | nejistota lékařů ztěžuje práci SP s pacientem a rodinou.                     |
| SP1 | ...já nemůžu přece řešit s tím pacientem a s rodinou, třeba i ten hospic, když nevím, jestli skutečně byl plně informovaný.                                                       | informovanost pacienta jako podmínka další péče | potřebuje vědět, zda pacient a rodina rozumějí situaci                       |
| SP1 | ...první, co chci mluvit s tím pacientem, protože jde o něho.                                                                                                                     | primární kontakt s pacientem                    | pacient na prvním místě                                                      |
| SP1 | Chci se samozřejmě s ním seznámit, vědět, jak na tu situaci nahlíží. Jestli tu informaci vůbec přijal a zpracoval...                                                              | zjišťování porozumění                           | ověřuje, jak pacient situaci chápe a přijímá                                 |
| SP1 | ... informace se ne vždy předají.                                                                                                                                                 | nedostatečné předávání informací                | nedostatek informací od L komplikuje spolupráci                              |
| SP1 | ...často se stává, že pacient se vyjádří, že vlastně nic neví, nikdo mu nic neřekl...                                                                                             | neinformovaný pacient                           | SP naráží na situace, kdy pacient podle svého vnímání neví, co se s ním děje |
| SP2 | Je to moc práce, málo času a všechno je to takový jako hrozně zrychlený                                                                                                           | vysoký objem práce                              | hodně práce, málo času, rychlý provoz                                        |
| SP2 | že jim hrozně pomáhá, že spoustu věcí nemusí vůbec řešit oni, že to přesunou na toho sociálního pracovníka                                                                        | úleva pro lékaře                                | lékaři část věcí předávají SP, protože jim to pomáhá                         |
| SP2 | vědí, že tu jsme a využívají nás jako na maximum                                                                                                                                  | časté zapojení SP                               | SP jsou v nemocnici hodně využívány                                          |
| SP2 | ...že se mu věnuje trošku víc té pozornosti ze strany i toho lékaře, i nás. Myslím, že se mu věnuje trošku víc času.                                                              | větší pozornost paliativnímu pacientovi         | paliativní pacient dostává více času a pozornosti než běžný pacient          |
| SP2 | Když zemře 80-letý pán, tak jeho rodina už je nějakým způsobem zajištěná...když zemře mladá maminka... tak si myslím, že i tam potom ten sociální pracovník ještě má co dořešovat | rozdílné dopady úmrtí                           | u mladších pacientů zůstává po úmrtí víc věcí k dořešení                     |
| SP2 | ten pečující v tom nemusí být úplně sám                                                                                                                                           | opora rodiny                                    | pečující v tom nemá zůstat sám                                               |
| RP1 | Už si to moc nepamatuji, asi pan doktor ji doporučil a já jsem to pak inicioval.                                                                                                  | doporučení lékaře a iniciativa rodiny           | kontakt na SP zřejmě doporučil lékař, rodina pak sama navázala               |
| RP1 | Už nebyl ten čas, aby jsem se mu věnoval celý den                                                                                                                                 | limity pečujícího                               | rodina narážela na časové možnosti péče                                      |
| RP1 | chtěl jsem, aby nějak dožil v pohodě                                                                                                                                              | snaha zajistit důstojné dožití                  | rodina hledala lepší řešení pro závěr života                                 |