

Sociální pedagogika v kontextu hospicové a paliativní péče

Bc. Lenka Bernatíková

Diplomová práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Lenka Bernatíková
Osobní číslo:	H23148
Studijní program:	N0111A190013 Sociální pedagogika
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Sociální pedagogika v kontextu paliativní a hospicové péče

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti hospicové péče, potřeb klientů těchto zařízení a kompetencí sociálního pedagoga v této problematice.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam doporučené literatury:

- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Pedagogika. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KABELKA, Ladislav, 2020. Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1688-1.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Hana Včelářová, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **8. ledna 2025**
Termín odevzdání diplomové práce: **25. dubna 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

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

Ve Žlíně dne **8. ledna 2025**

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení diplomové práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na diplomové práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....

podpis autora

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá analýzou zkušeností sociálních pedagogů působících v oblasti paliativní a hospicové péče. Cílem výzkumu bylo zmapovat, jaká očekávání jsou na tyto pracovníky kladena ze strany zdravotnického týmu, pacientů a jejich rodin, jaké kompetence považují sami pedagogové za nezbytné pro výkon své profese, jak vnímají rozdíl mezi teoretickou přípravou a reálnými požadavky praxe a jaké oblasti považují za klíčové pro svůj další profesní rozvoj.

Výzkum byl realizován kvantitativní formou prostřednictvím strukturovaného dotazníkového šetření, jehož se zúčastnilo 62 respondentů. Analýza výsledků ukázala, že sociální pedagogové jsou vnímáni jako důležitý prvek multidisciplinárního týmu, především v roli prostředníka mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým personálem. Mezi nejčastěji očekávané činnosti patřila emoční podpora, krizová intervence a pomoc s orientací v sociálním systému. Respondenti zároveň reflektovali potřebu doplňování odborných znalostí v oblasti komunikace, právního rámce, práce s emocemi i etiky paliativní péče.

Významným zjištěním byla přetrvávající mezera mezi teoretickou přípravou a skutečnými nároky praxe, zejména v oblasti praktických dovedností, týmové spolupráce a zvládání emoční zátěže. Nedostatečná dostupnost supervize a omezené možnosti profesního rozvoje jsou faktory, které mohou negativně ovlivňovat kvalitu práce i profesní identitu těchto pracovníků. Přesto většina respondentů vnímá svou práci jako hluboce smysluplnou, založenou na hodnotách pomoci, důstojnosti a lidské blízkosti.

Práce přináší konkrétní doporučení pro zvýšení informovanosti o roli sociálního pedagoga, posílení praktické složky přípravy, zajištění systematické podpory v praxi a rozvoj vzdělávacích programů, které odpovídají reálným potřebám těchto odborníků v oblasti paliativní péče.

Klíčová slova: hospicová péče, interdisciplinární, multidisciplinární, paliativní péče, sociální pedagog, sociální pedagogika.

ABSTRACT

This diploma thesis explores the experiences of social educators working in the field of palliative and hospice care. The aim of the research was to map the expectations placed upon these professionals by healthcare staff, patients, and their families; to identify key competencies required for effective practice; to assess discrepancies between theoretical training and the actual demands of professional reality; and to determine areas perceived as essential for further professional development.

The research was conducted using a quantitative approach through a structured questionnaire survey with a total of 62 respondents. The analysis revealed that social educators are considered an important part of the multidisciplinary team, especially as mediators between patients, families, and healthcare providers. Emotional support, crisis intervention, and assistance with navigating the social welfare system were among the most frequently expected activities. Respondents also highlighted the need to further develop skills in communication, legal awareness, emotional resilience, and ethics in palliative care.

A significant finding was the persistent gap between academic preparation and the complex demands of practice, particularly in the areas of hands-on skills, teamwork, and stress management. Limited access to supervision and constrained opportunities for professional development were identified as factors that may negatively impact both the quality of service and the professional identity of social educators. Despite these challenges, the majority of respondents described their work as deeply meaningful, driven by values such as compassion, dignity, and human presence.

The thesis concludes with specific recommendations aimed at increasing awareness of the social educator's role, strengthening the practical component of their training, ensuring consistent support in practice, and developing educational programs that reflect the real-world needs of professionals in the palliative care sector.

Keywords: hospice care, interdisciplinary, multidisciplinary, palliative care, social educator, social pedagogy.

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce PhDr. Haně Včelařové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a podporu při zpracování této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	13
REŠERŠE K PROBLEMATICE PRÁCE	14
I TEORETICKÁ ČÁST	17
1 PALIATIVNÍ PÉČE A KVALITA ŽIVOTA	18
1.1 CÍLE A PŘÍNOSY PALIATIVNÍ PÉČE.....	20
1.2 POŽADAVKY A KOMPETENCE PRO PRÁCI V PALIATIVNÍ PÉČI	22
2 VYUŽITÍ SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY V PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČI	24
2.1 TEORETICKÉ PŘÍSTUPY V SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE	26
2.2 ETIKA A HODNOTY SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V PALIATIVNÍ PÉČI.....	27
3 INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE V HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČI.....	29
3.1 ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V INTERDISCIPLINÁRNÍM TÝMU.....	30
3.2 KOMUNIKACE A MEDIACE S UMÍRAJÍCÍMI A BLÍZKÝMI.....	31
3.2.1 Základ paliativní péče – pravdivá komunikace.....	32
3.2.2 Mediaci v paliativní péči	34
3.3 VÝZVY A PERSPEKTIVY SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY V PALIATIVNÍ PÉČI	35
3.4 LEGISLATIVNÍ RÁMEC PALIATIVNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY V ČESKÉ REPUBLICE.....	36
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
4 ZAMĚŘENÍ VÝZKUMU NA TÉMA SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA V KONTEXTU HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE.....	39
4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	39
4.2 METODA A REALIZACE VÝZKUMU	41
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	42
4.4 INTERPRETACE DAT	42
4.5 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	43
4.6 LIMITY VÝZKUMU	44
4.7 ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	45
4.7.1 Očekávání v praxi sociálních pedagogů v paliativní a hospicové péči	46
4.7.2 Klíčové kompetence a dovednosti nezbytné pro efektivní působení	48
4.7.3 Srovnání teoretických předpokladů s reálnou praxí.....	53
5 ZÁVĚREČNÉ SHRNTÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	58
5.1 ANALÝZA SOUVISLOSTÍ MEZI OČEKÁVÁNÍMI, KOMPETENCEMI A PRAXÍ	60
6 DISKUZE	64
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	66

7	ZÁVĚR	68
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	SEZNAM GRAFŮ	77
	SEZNAM TABULEK.....	78
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Výběr tématu "Sociální pedagogika v kontextu hospicové a paliativní péče" byl motivován nedostatečnou publicitou tohoto oboru, který je v širší veřejnosti běžně spojován především s pedagogickým a školským prostředím. Naopak v oblasti paliativní péče je jeho přítomnost a význam stále spíše opomíjen. Tato studie se zaměřuje na objasnění a zdůraznění významu sociální pedagogiky v hospicové a paliativní péči, kde hraje klíčovou roli při poskytování komplexní podpory pacientům i jejich rodinám.

Sociální pedagogika je v této specifické oblasti zdravotní a sociální pomoci zásadní především v kontextu psychosociální podpory. Hospicová a paliativní péče se soustředí na zlepšení kvality života pacientů s nevléčitelnými onemocněními a na pomoc jejich blízkým, přičemž se opírá o celostní přístup. Ten zahrnuje nejen lékařskou péči, ale také psychologickou, sociální a duchovní dimenzi, což vyžaduje úzkou spolupráci různých odborníků. Sociální pedagog je součástí interdisciplinárního týmu, ve kterém spolupracuje se zdravotníky, psychology, duchovními a dalšími specialisty, aby zajistil péči odpovídající individuálním potřebám pacienta a jeho rodiny. V tomto kontextu se stává i sociální pedagogika klíčovou disciplínou, neboť nabízí prostředky a metody pro podporu pacientů i jejich blízkých při zvládání obtížných životních situací.

Cílem této diplomové práce je prozkoumat možnosti uplatnění sociální pedagogiky v oblasti hospicové a paliativní péče, identifikovat její přínosy a limity a navrhnout možná zlepšení pro praxi. Práce se zaměří na teoretická zakotvení sociální pedagogiky a její aplikaci v různorodých situacích se zvláštním důrazem na podporu lidské důstojnosti, participace a mezilidské solidarity. Dále na cíle sociální pedagogiky v paliativní péči, což znamená podpořit pacienty a jejich rodiny tak, aby mohli i v závěru života prožít co nejkvalitněji společný čas, ať už prostřednictvím smysluplných aktivit, zajištění sociálních vazeb nebo práce na nevyřešených vztazích.

Závěrečná reflexe bude zaměřena na to, jak mohou principy sociální pedagogiky přispět k vytváření udržitelnějšího a lidského přístupu k poskytování paliativní péče.

REŠERŠE K PROBLEMATICE PRÁCE

Hospicová a paliativní péče představuje zásadní součást zdravotního a sociálního systému, jejímž cílem je zlepšit kvalitu života pacientů s nevyléčitelnými onemocněními a poskytnout podporu jejich rodinám. V tomto kontextu hraje sociální pedagogika významnou roli, neboť propojuje prvky vzdělávání, prevence a psychosociální pomoci, čímž přispívá k celostnímu přístupu k péči o pacienty.

Sociální pedagogika v paliativní péči se zaměřuje na vytváření podpůrného prostředí nejen pro samotné pacienty, ale i jejich blízké. Multidisciplinární spolupráce je zde klíčová, přičemž sociální pedagogové vystupují jako facilitátoři komunikace, poskytovatelé psychosociální podpory a edukátoři pro rodiny i pacienty. Tento přístup klade důraz na individuální potřeby každého člověka a pomáhá řešit často opomíjené aspekty terminální péče, jako je psychická pohoda, spirituální podpora a zajištění důstojného závěru života.

Jedním z klíčových zdrojů informací v oblasti paliativní péče je zpráva z konference **Aktuální výzvy paliativní péče 2020** (Holasová, 2021). Tato konference zdůraznila potřebu hlubší integrace paliativní péče do zdravotního systému a upozornila na důležitost multidisciplinárních přístupů, které propojují spolupráci lékařů, sociálních pracovníků, psychologů a sociálních pedagogů. Mezi hlavní témata patřila:

- **Empatická komunikace** – klíčová pro efektivní sdělování diagnóz a prognóz pacientům i jejich rodinám.
- **Podpora rodinných příslušníků** – jelikož rodina hraje zásadní roli v péči o pacienta, je nezbytné zajistit jí dostatečnou edukaci a psychologickou pomoc.
- **Regionální rozdíly v dostupnosti péče** – nedostatečné pokrytí paliativních služeb v některých oblastech ukazuje na nutnost investic do vzdělávání odborného personálu a rozvoje specializovaných služeb, zejména pro děti a seniory.

Tato zjištění potvrzují význam multidisciplinárního přístupu a zdůrazňují potřebu dalšího rozvoje paliativní péče, aby byla dostupná a efektivní pro všechny, kdo ji potřebují.

Další významnou studií je projekt IMPAC (Loučka et. Al., 2019), který se zabývá prognostickým uvědomováním pacientů. Studie zdůraznila, že kvalita komunikace mezi zdravotníky a pacienty má přímý vliv na psychickou pohodu a rozhodování pacientů. Tato zjištění vedou k návrhům na zlepšení procesu sdělování informací v terminálních fázích nemoci.

Pro detailnější analýzu problematiky sociální pedagogiky v kontextu paliativní péče jsou zásadní následující odborné časopisy, které budou sloužit jako zdrojová literatura pro zpracování diplomové práce.

Sociální pedagogika časopis, který se zaměřuje na teoretické a praktické aspekty sociální pedagogiky, včetně témat z oblasti prevence a podpory zranitelných skupin. Například v roce 2020 byla v časopise uveřejněna studie Suchánkové, E. a Matušů, R. „Spiritualita pedagogů tradičních a alternativních škol.“ Ta se soustředí na spiritualitu pedagoga jako klíčovou součást jeho osobnosti, která vstupuje do edukačního procesu a významně jej ovlivňuje.

Sociologický časopis poskytuje analýzu sociálních interakcí, struktur a institucí, které mohou ovlivňovat dopad paliativní péče na společnost. Článek Martina Nováka (2024) se zaměřuje na vznik Center duševního zdraví (CDZ) a zdůrazňuje nezbytnost spolupráce se sociální sférou.

Social Pathology and Prevention (S.P.P.) se specializuje na problematiku sociální prevence a patologií, včetně otázek spojených s podporou rodin a pacientů. Vlasta Cabanová (2019) zde publikovala článek s názvem „K fenoménu stárnutí a smrti z pohledu humanitních věd (Tabu fenoménu smrti z hlediska nových úkolů v pedagogických vědách), kde poukazuje na zrození a smrt jako přirozenou součást života, přičemž téma příchodu dítěte je živě diskutováno, zatímco smrt zůstává ve společnosti často tabu. V kontextu stárnutí populace je nutné věnovat větší pozornost fenoménu stárnutí a umírání.

Časopis **Paliativní medicína** je důležitým zdrojem informací o aktuálních výzkumech v oblasti paliativní péče, včetně multidisciplinárních přístupů. Jedním z nejnovějších příspěvků je „Možnosti implementace paliativní péče v rámci sociálních služeb“ autorů Tomiczek et al. (2024). Příspěvek analyzuje témata diskutovaná na kulatých stolech odborníků na paliativní péči v sociálních službách Moravskoslezského kraje, zaměřená na dobrou praxi, spolupráci, komunikaci s rodinou a plán péče na konci života. Výsledky, získané metodou World Café a zpracované tematickou analýzou, mohou inspirovat organizace usilující o zavedení paliativních principů.

Klíčovou publikací pro porozumění roli sociální pedagogiky v různých kontextech jsou knihy od Stanislava Bendla (2016) **Základy sociální pedagogiky** a Jitky Lorenzové (2023) **Sociální pedagogika: Věda, praxe a profese v souvislostech**. Tyto publikace poskytují komplexní přehled teoretických východisek sociální pedagogiky a zdůrazňuje její

praktické uplatnění v různých sociálních a pedagogických kontextech. Bendl (2016) se zaměřuje na vývoj oboru, jeho metodologické základy a konkrétní techniky, které mohou sociální pedagogové využívat při práci s jednotlivci, skupinami nebo komunitami. Publikace podrobně popisuje klíčové principy sociální pedagogiky, jako je podpora osobnostního rozvoje, prevence sociálních problémů a integrace znevýhodněných skupin do společnosti. Lorenzové (2023) monografie představuje sociální pedagogiku jako historicky utvářený a aktuálně se rozvíjející systém vědy, praxe a profese. Seznamuje s klíčovými koncepty, vývojem disciplíny a aktuálním rozvojem v ČR i zahraničí. Zaměřuje se na socializaci a oblasti praxe, jako je neformální výchova, práce s mládeží, vzdělávání dospělých či školní sociální pedagogika. Vyzdvihuje zásady sociálně pedagogického přístupu a význam sociálního pedagoga v českém i globálním prostředí.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE A KVALITA ŽIVOTA

Paliativní péče tvoří nepostradatelnou součást moderního zdravotnictví, jejímž hlavním posláním je zlepšit kvalitu života pacientů s nevléčitelnými nemocemi. Nejde jen o prodloužení života, ale především o zmírnění bolesti a jiných obtíží, stejně jako o poskytování komplexní podpory pacientům i jejich rodinám. Tento přístup je klíčový nejen v nemocničním prostředí, ale také v rámci domácí péče a hospicových služeb. V České republice v roce 2004 vyžadovalo dlouhodobou specializovanou paliativní péči méně 7 000, avšak pravděpodobně až 14 000 pacientů. Stav v roce 2025 je následující: Zhruba polovina z přibližně 113 tisíc lidí, kteří v Česku ročně umírají, pak potřebuje přímo paliativní péči. Přičemž zdravotní stav dvaceti tisíc z těchto lidí je natolik vážný, že si žádá specializovanou paliativní péči. Na tiskové konferenci Ministerstva zdravotnictví ČR věnované paliativní péči shrnul místopředseda České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP Ondřej Sláma služby poskytované nevléčitelně nemocným pacientům a pacientům v závěru života. V rozhovoru s ním reportérka Táchová (2025) uvedla: „V roce 2025 v České republice pro velkou část pacientů se závažným onemocněním a pacientů v závěru života není dostupná kvalitní paliativní péče.“

Význam paliativní péče pro zlepšení kvality života pacientů je podložen řadou vědeckých studií. Například výzkum Světové zdravotnické organizace (WHO, 2020) dokládá, že paliativní péče nejen účinně zmírňuje symptomy nevléčitelných onemocnění, ale také pozitivně ovlivňuje psychickou a sociální pohodu pacientů. Holistický přístup v této oblasti dlouhodobě prosazovala zakladatelka moderního hospicového hnutí Cicely Saunders (1918–2005), která zdůrazňovala propojení zdravotní a psychosociální péče jako klíčový faktor pro zachování důstojnosti a kvality života v terminální fázi nemoci. Význam této integrace potvrzuje i výzkum Novotné a Kaly (2015, s. 28), „Hodnocení potřeb a kvality života u pacientů s pokročilým chronickým srdečním selháním v paliativní péči“ v časopisu *Geriatric a Gerontologie*. Jejich výzkum se zaměřil na zjištění úrovně „kvality života a míra naplnění potřeb u pacientů v pokročilém stadiu chronického srdečního selhání“. Následně se soustředili na analýzu výsledků vycházejících z porovnání kvality života a míry naplnění potřeb „u pacientů v pokročilé fázi chronického srdečního selhání a onkologických pacientů, kterým je poskytována obecná paliativní péče“.

V roce 2014 byla přijata historicky první celosvětová rezoluce týkající se paliativní péče – rezoluce Světového zdravotnického shromáždění WHA67.19. Tato rezoluce vyzvala Světovou zdravotnickou organizaci a členské státy k rozšíření dostupnosti paliativní péče,

kterou označila za klíčovou součást zdravotnických systémů. Zvláštní důraz byl kladen na posílení primární zdravotní péče a rozvoj komunitních a domácích forem péče (WHO, 2020).

Mezi klíčové principy paliativní péče patří:

- **Respekt k autonomii pacienta** – každý člověk by měl mít právo aktivně se podílet na rozhodování o své léčbě a péči podle vlastních přání a hodnot.
- **Důraz na kvalitu života** – cílem paliativní péče není jen zmírnění fyzických příznaků, ale také podpora psychické pohody a sociálních vazeb pacienta.
- **Komplexní týmová spolupráce** – efektivní paliativní péče vyžaduje součinnost lékařů, zdravotních sester, psychologů, sociálních pracovníků a duchovních.
- **Podpora rodinných příslušníků** – blízcí pacienta potřebují pomoc a poradenství nejen v průběhu péče, ale i v období po jeho odchodu.

Klíčovým aspektem paliativní péče je zvládání bolesti a dalších symptomů, posilování psychické odolnosti pacienta a zajištění důstojného konce života. Tato péče může být poskytována v různých prostředích a v různých organizačních modelech a prostředích, přizpůsobených potřebám pacientů a jejich rodin:

1. Domácí paliativní péče (mobilní hospic) – umožňuje pacientům setrvat v domácím prostředí za podpory lékařů, sester a dalších odborníků. Péče je dostupná nepřetržitě (24/7) a zahrnuje také podporu rodiny.
2. Lůžkový hospic – specializované zařízení určené pro pacienty v pokročilém stádiu nevyléčitelného onemocnění, zpravidla na dobu 3–4 týdnů. Nabízí individuální péči, soukromí a prostředí připomínající domácí atmosféru.
3. Oddělení paliativní péče (OPP) v nemocnicích – poskytuje komplexní péči v rámci zdravotnického zařízení, přičemž spolupracuje s dalšími nemocničními odděleními. Ve fakultních nemocnicích se často zaměřuje i na vzdělávání a výzkum.
4. Konziliární tým paliativní péče – specializovaný tým působící v nemocnicích a léčebnách, jehož cílem je zkvalitnit paliativní péči a zároveň vzdělávat další zdravotnický personál. Tým obvykle tvoří lékař, zdravotní sestra a sociální pracovník.

5. Specializovaná ambulance paliativní péče – zajišťuje ambulantní péči pro pacienty, kteří zůstávají doma nebo v sociálních zařízeních. Často spolupracuje s praktickými lékaři a dalšími specialisty.
6. Denní stacionář paliativní péče – poskytuje pacientům denní program zahrnující lékařskou péči, vzdělávací aktivity a relaxační programy. Často funguje v návaznosti na lůžkové hospice.
7. Další specializovaná zařízení – zahrnují například poradenská centra, krizové linky či služby zaměřené na specifické diagnózy, které poskytují odbornou pomoc a podporu pacientům i jejich rodinám (Halfarová a kol., 2020).

Každá z těchto forem má specifické zaměření, ale všechny usilují o maximální kvalitu života pacientů a podporu jejich blízkých. V posledních letech se klade stále větší důraz na časnou paliativní péči, která začíná již v raných fázích nevyléčitelných onemocnění. Tento přístup pomáhá pacientům lépe zvládnout jejich zdravotní stav a zvyšuje jejich šance na důstojnější život.

Navzdory rostoucímu uznání významu paliativní péče existují výzvy, kterým zdravotnický systém čelí. Mezi ně patří nedostatek specializovaných pracovníků, finanční náklady a stigmatizace paliativní péče jako „rezignace na léčbu“. V budoucnu by měla být paliativní péče více integrovaná do běžné zdravotní péče, dostupná všem pacientům bez ohledu na diagnózu a místo bydliště. Digitalizace a nové technologie mohou rovněž usnadnit komunikaci mezi pacienty a zdravotníky a zlepšit kvalitu poskytované péče. Paliativní péče tvoří klíčový prvek zdravotního systému, zaměřený na zlepšení kvality života pacientů a poskytování podpory jejich rodinám. I když její dostupnost a integrace do zdravotní péče představují určité výzvy, její význam bude v budoucnosti stále narůstat. Pro zajištění co nejefektivnější a nejširší dostupnosti je nezbytné nadále posilovat multidisciplinární spolupráci a rozšiřovat vzdělávání zdravotníků i veřejnosti o důležitosti paliativní péče.

1.1 Cíle a přínosy paliativní péče

Paliativní péče je celostní přístup k pacientům s nevyléčitelnými onemocněními, který se soustředí na zlepšení kvality života a zmírnění utrpení. Jejím hlavním cílem je zajistit

pacientovi důstojnost, ulevit od bolesti a dalších symptomů, poskytnout psychickou i sociální podporu a využít multidisciplinární spolupráci v rámci léčebného procesu.

Důstojnost pacienta je základním pilířem paliativní péče. Znamená respekt k jeho hodnotám, osobním přáním a individuálním potřebám. Zdravotnický personál klade důraz na zachování pacientovy autonomie, respektování jeho rozhodnutí ohledně léčby a péče a zajištění maximální možné kvality života v jeho specifické situaci. Respektování komfortu a soukromí a umožnění pacientovi zapojit se do rozhodování a uchování jeho životních hodnot i v terminální fázi onemocnění. Podpora důstojnosti pacienta zahrnuje i komunikaci, která je empatická, otevřená a přizpůsobená pacientovu stavu a věku. U dětí a dospívajících se zvláštní důraz klade na přiměřenost sdělovaných informací a zapojení rodiny do procesu rozhodování (Kopecký et. al., 2019).

Jedním ze základních cílů paliativní péče je kontrola symptomů a účinná léčba bolesti. Mezi nejčastější potíže, které paliativní tým řeší, patří fyzická bolest, která je léčena podle principů Světové zdravotnické organizace pro léčbu bolesti, dále dušnost, nevolnost a další somatické příznaky, u nichž se využívají farmakologické i nefarmakologické metody, a také úzkost a deprese, které jsou zmírňovány psychologickou podporou a vhodnou medikací. Úleva od symptomů je klíčová nejen pro fyzický komfort pacienta, ale i pro jeho psychickou pohodu a celkovou kvalitu života (Kušnírová, 2020).

Psychická a sociální pohoda pacienta jsou nedílnou součástí paliativní péče. Pečující týmy se zaměřují na emoční podporu, která zahrnuje individuální či skupinovou terapii, podporu pacientů i jejich rodin v procesu smíření s nemocí, zajištění smysluplných aktivit přizpůsobených pacientovým možnostem s cílem zachování radosti a pozitivních zážitků, a sociální integraci, tedy podporu vazeb s rodinou a blízkými, zajištění přístupu k sociálním službám a poradenství.

Paliativní péče nespočívá pouze v lékařském ošetření, ale především v celostním přístupu k pacientovi, který klade důraz na jeho důstojnost, komfort a emocionální podporu v nejnáročnějších chvílích života. Díky spolupráci odborníků z různých oblastí a zaměření na kvalitu života pomáhá výrazně zmírnit utrpení, zajistit důstojné loučení a zároveň poskytovat oporu i rodině pacienta.

1.2 Požadavky a kompetence pro práci v paliativní péči

Paliativní péče není zaměřena výlučně na léčbu tělesných příznaků, ale představuje hodnotově ukotvený, celostní přístup, který integruje medicínskou, psychologickou, sociální i spirituální složku péče. Jejím cílem je zachovat pacientovu důstojnost, zajistit co nejvyšší možnou míru komfortu a poskytnout podporu v situacích, které jsou spojené s koncem života a zásadními existenciálními otázkami. Díky multidisciplinární spolupráci a zaměření na kvalitu života může významně přispět ke zmírnění utrpení a zajistit pacientovi důstojné loučení, přičemž nezapomíná ani na podporu jeho blízkých.

Klíčovým předpokladem pro práci v paliativní péči je hluboká odborná znalost medicíny, která zahrnuje symptomatickou léčbu, správné užívání analgetik a zvládání obtíží, jako jsou dušnost, nevolnost či úzkost. Pečující, kteří se této oblasti věnují, musí být schopni rozpoznat a správně reagovat na měnící se potřeby pacienta a adekvátně upravit jeho léčbu. Kupka (2024, s. 208) předkládá důležitost psychické vyrovnanosti pečujících: „Prvním předpokladem je zajisté duševní zdraví. Pro tuto práci se nehodí osoby, které jsou nervově labilní či léčené pro duševní chorobu. Nadřazení by tento základní požadavek neměli ignorovat. Pokud by se tak stalo, otevírá se tím cesta k iatropatogennímu působení na pacienty. Dalším předpokladem je zralost osobnosti a určité povahové rysy, jako je schopnost sebeovládání a trpělivost. Lidé, kteří jsou výbušní, neklidní, nevlídní a nevyrovnaní, by neměli v oblasti paliativní péče pracovat. ”

Nezbytným prvkem paliativní péče je také interdisciplinární spolupráce. V jejím rámci se spojuje odborné know-how lékařů, zdravotních sester, psychologů, sociálních pracovníků a duchovních. Klíčovým faktorem pro zajištění kvalitní a komplexní péče je efektivní komunikace mezi těmito specialisty, která umožňuje koordinaci přístupu a dosažení co nejlepších výsledků pro pacienta.

Schopnost empatické a citlivé komunikace je jednou z nejdůležitějších dovedností v paliativní péči. Bednařík a Andrášiová (2020, s. 96) uvádějí, že úlohou „personálu není posouvat pacienta z jedné fáze do druhé, ale porozumět jeho prožívání a reaktivitě a v nejvyšší možné míře ji akceptovat. Právě akceptace a projev porozumění prožívání pacienta v dané fázi mu pomáhá ji lépe zvládat a posunout se dál.” Dále musí být pečující připraveni na rozhovory o závažných tématech, jako je prognóza, léčebné možnosti nebo konec života. Důležité je, aby uměli naslouchat pacientům a jejich rodinám, poskytovali jim srozumitelné informace a pomáhali jim zvládnout emočně náročné situace. Kromě verbální

komunikace je klíčová také neverbální složka – pohled, dotek nebo gesta mohou často vyjádřit podporu lépe než slova. Komunikační dovednosti jsou nezbytné nejen v přímém kontaktu s pacienty a jejich blízkými, ale i v rámci spolupráce mezi členy týmu.

Práce v paliativní péči může být psychicky velmi náročná, neboť pečující se denně setkávají s utrpením, smrtí a zármutkem. Proto je nezbytné, aby měli rozvinutou emoční inteligenci a uměli si udržet profesionální odstup, aniž by však ztratili lidskost a empatii. Psychická odolnost je klíčová pro dlouhodobé působení v tomto oboru. Pečující se často setkávají s bezmocí, frustrací nebo morálním dilematem. Proto je důležité, aby měli možnost pravidelně reflektovat svou práci, využívat supervizi nebo jiné formy psychické podpory, které jim pomohou zvládat emoční zátěž. Dle Bednaříka a Andrášiové (2020, s. 1170) je „Velmi účinným způsobem podporování kvality práce, vzdělávání a zároveň i poskytování emoční podpory je supervize terapeutických postupů a práce s pacientem.”

Paliativní péče též zahrnuje i znalost etických principů a právních předpisů. Rozhodování o léčbě nevléčitelně nemocných pacientů často přináší etické otázky, například ohledně ukončení aktivní léčby, podávání paliativní sedace nebo respektování přání pacienta. Podle Kuřete (2020, s. 94) „Pacienti vítají, když se s nimi včas a otevřeně hovoří o jejich hodnotách a o tom, jak by mohly být jejich hodnoty a preference v souladu s poskytovanou péčí. Přitom se ukazuje, že je velice důležitý specifický výcvik pro rozvoj dovedností správného komunikování o péči v závěru života. Plánování budoucí péče vede k menšímu používání život udržujících postupů a zároveň k většímu používání paliativní péče i hospiců a k prevenci zbytečné hospitalizace.” Pečující musí být schopni vést eticky citlivé rozhovory a respektovat autonomii pacienta při rozhodování o jeho péči. Současně by měli znát platnou legislativu týkající se paliativní péče, práv pacientů a jejich rodin i možnosti hospicové a domácí péče.

Paliativní péče je multidisciplinární a vyžaduje efektivní spolupráci mezi různými odborníky. Lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci a duchovní spolu úzce spolupracují, aby pacient i jeho rodina získali co nejkvalitnější podporu. Klíčovou roli hraje vzájemná důvěra, respekt a efektivní koordinace péče mezi jednotlivými odborníky. Každý člen týmu přináší své specifické znalosti a zkušenosti, čímž společně vytvářejí ucelený a komplexní přístup k péči o pacienta. Práce v paliativní péči klade vysoké nároky nejen na odborné znalosti a dovednosti, ale i na osobnostní kvality pečujících. Empatie, komunikační schopnosti, psychická odolnost a schopnost týmové spolupráce jsou klíčové pro poskytování kvalitní péče pacientům, kteří čelí závěrečné fázi svého života.

2 VYUŽITÍ SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY V PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČI

Historické kořeny sociální pedagogiky sahají až do období osvícenství, kdy byly formulovány první teorie zaměřené na vzdělávání a podporu jedinců ve společnosti. Postupem času se tento obor vyvíjel v reakci na proměňující se potřeby industrializované společnosti a řešení sociálních problémů, jako je chudoba, nezaměstnanost a vzdělávací nerovnosti (Bendl, 2016). Tento historický kontext je klíčový i pro pochopení role sociální pedagogiky v paliativní péči, kde se začala uplatňovat ve druhé polovině 20. století.

Sociální pedagogika byla vždy zaměřena na podporu jednotlivce v jeho sociálním prostředí, ačkoliv její aplikační možnosti se vyvíjejí spolu s potřebami společnosti. Obecně sociální pedagogiku, respektive její vývoj popisuje ve své knize Kraus (2014, s. 17), kde uvádí, mj., poznatky J. Hroncové (2005) o tom, že „vývoj sociální pedagogiky v evropském kontextu byl ve 20. století značně diferencovaný a nerovnoměrný“. A že rozvoj sociální pedagogiky v Československu stagnoval, zatímco v Rakousku, Polsku, Německu i Švýcarsku byl její rozvoj výrazně intenzivní. Kraus (2014) dále píše, že zásadním zlomem pro sociální pedagogiku v tehdejším Československu byly společenské změny, které nastaly po roce 1989. Následuje tedy nejen používání termínu sociální pedagogika v jednotlivých disciplínách, ale nepodstatnější z hlediska vědy je důležité stanovení sociální pedagogiky jako samostatného vědního oboru.

Kraus (2014, s. 49) dále uvádí, že „obecně lze tedy říci, že předmětem sociální pedagogiky jsou sociální aspekty výchovy a vývoje osobností“. Orientuje se nejen na ohrožené a sociálně znevýhodněné skupiny nejen dětí a mládeže. Také působí preventivně na dysfunkční rodinné procesy anebo pomáhá při snaze o lepší rodinné podmínky. Toto vše nacházíme v oblasti hospicové a paliativní péče.

Ve 20. a 21. století došlo k rozšíření její působnosti o oblasti, které zahrnují podporu zranitelných skupin, včetně osob nacházejících se na konci života. Tento rozšířený význam byl potvrzen rostoucím důrazem na interdisciplinární spolupráci v rámci paliativní péče, kde se stává klíčovou složkou při zajištění komplexní podpory pacientů a jejich rodin. Dle Šafránkové (2019, s. 870) může být sociální pedagogika vnímána v širším i užším smyslu a to: „V užším pojetí je sociální pedagogika považována za aplikovanou disciplínu, jejímž cílem je pomoc (i výchova) rizikovým, sociálně znevýhodněným skupinám (například dětem, dospělým, rodinám, drogově závislým, osobám trestaným, propuštěným

z vazby). V širším pojetí je sociální pedagogika chápána mezioborově a zaměřuje se na vliv prostředí ve výchově a pomoc při řešení otázek spojených s životem člověka ve společnosti a jeho socializací (nebo resocializací, tj. procesem nápravy a návratu člověka do normálního života). ”

Role sociální pedagogiky v hospicové a paliativní péči je také podložena odbornou literaturou. Například dle Krause (2014) je sociální pedagogika schopna přispět k redukci psychosociálního stresu pacientů a jejich rodin, posilovat jejich copingové strategie a napomáhat budování podpůrných sociálních sítí. Další výzkumy ukazují, že vzdělávání a podpora rodinných příslušníků mohou snižovat jejich psychickou zátěž a zlepšovat schopnost efektivně pečovat o blízké.

Niedermann et. al. (2016) se snaží o prezentaci základů paliativní péče v kontextu systému sociální a zdravotní péče ve Švýcarském Domově pro seniory Magnólie. V rámci paliativní péče zdůrazňuje nutnost spolupráce „odborníků s různými profesionálními kompetencemi (např. z oblasti medicíny, péče, sociální práce, psychiatrie, péče o duši)“ Niedermann et. al. (2016, s. 40). Jako ideální výsledek pak popisuje schopnost kooperace všech zmiňovaných odborníků v rámci co nejideálnějšího posouzení vzniklé situace.

Podívejme se také stručně na to, kdo je sociální pedagog. Obecně řečeno, jedná se o odborníka s vysokoškolským vzděláním, který získal kvalifikaci pro výkon této profese absolvováním vyšší odborné školy (DiS.) nebo bakalářského či magisterského studia (Bc., Mgr.) v oboru sociální pedagogika nebo sociální práce. Je však třeba poznamenat, že podle aktuální české legislativy není sociální pedagog zařazen mezi pedagogické pracovníky podle zákona o pedagogických pracovnících (ASOCP, 2022).

Sociální pedagogika nachází své uplatnění v různých oblastech, včetně hospicové a paliativní péče. Její význam v této oblasti spočívá v schopnosti podporovat jednotlivce nejen na fyzické, ale také na psychosociální a duchovní úrovni. Sociální pedagogika poskytuje teoretické nástroje pro pochopení složité dynamiky mezi nemocným, jeho rodinou a společenskými systémy. Role těchto nástrojů byla podrobena zkoumání v rámci studií zaměřených na kvalitu života u pacientů v terminálních fázích nemoci. Důraz na komplexní přístup zahrnující holistické pochopení lidského bytí je jedním z hlavních přínosů sociální pedagogiky v této oblasti (Socialniprace.cz, 2020).

Mezi klíčové přínosy sociální pedagogiky patří důraz na etiku, lidská práva a podporu sociální spravedlnosti. Tyto hodnoty jsou v oblasti paliativní péče zvláště důležité, neboť se

zaměřují na zajištění důstojného života a umírání. Sociální pedagogika v ní tak v návaznosti na předchozí kapitolu vnáší zásadní principy respektu, empatie a uplatňování hodnotového rámce, který podporuje individuální autonomii pacienta a jeho zapojení do rozhodovacích procesů (Lorenzová, 2023).

Se vzrůstajícím zájmem o kvalitu života a důstojnost jednotlivce se paliativní péče postupně rozšiřovala o multidisciplinární přístupy, v nichž sociální pedagogika hraje významnou roli. MUDr. Lucie Hrdličková v rozhovoru pro Fórum sociální práce (Vodáčková, 2020, s. 11) uvedla: „tak jak běží trajektorie nemoci, mění se potřeby pacienta a jeho rodiny a podle toho se také vlastně mění míra angažmá jednotlivých členů toho týmu. Mně připadá důležité, aby ty profese byly v podstatě na stejné úrovni, že doktoři vědí, že se bez sociálního pracovníka neobejdou, psychologové vědí, že se neobejdou bez lékaře a sestry vědí, že se neobejdou bez kaplana.”

Nejenže přímo podporuje pacienty a jejich rodiny, ale také přispívá ke vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků. Pomáhá jim zvládat emoční náročnost jejich práce a podněcovat otevřený dialog o potřebách, obavách a očekáváních pacientů a jejich blízkých. Díky univerzálnosti a schopnosti propojovat různé obory se sociální pedagogika stává mostem mezi teorií a praxí v oblasti paliativní péče. Její role zahrnuje nejen přímou práci s pacienty a jejich rodinami, ale také výzkumné aktivity zaměřené na zlepšování služeb a zvyšování povědomí o důležitosti paliativní péče. Tímto způsobem přispívá k jejímu rozvoji jako celku, čímž potvrzuje svou nezastupitelnou pozici v této interdisciplinární oblasti.

2.1 Teoretické přístupy v sociální pedagogice

Teoretické přístupy v sociální pedagogice jsou rozmanité a vycházejí z interdisciplinárního propojení s psychologií, sociologií, etnografií a dalšími vědními obory. Sociální pedagogika se zaměřuje na podporu rozvoje jedince v kontextu jeho sociálního prostředí, čímž přispívá k prevenci sociální exkluze a podpoře sociální integrace.

Mezi základní teoretické koncepty patří ekologický model Urieho Bronfenbrennera, který zdůrazňuje význam interakce mezi jedincem a jeho sociálním prostředím. Cherry (2023) uvádí, že „tento model popisuje interakce mezi jednotlivci a jejich prostředím a to, jak tyto složité vztahy ovlivňují vývoj v průběhu času. Podle tohoto modelu tvoří prostředí člověka mnoho vzájemně propojených systémů, které všechny interagují, aby ovlivnily

a utvářely to, jak lidé rostou a reagují.“ Tento přístup ukazuje, jak výchova, škola, vrstevníci i širší společenské vlivy ovlivňují jednotlivců psychosociální vývoj.

Další významnou teorií je humanistický přístup Carla Rogerse, který se zaměřuje na podporu jedinečnosti a seberealizace jednotlivce. Tento přístup vychází z přesvědčení, že každý člověk má přirozenou tendenci k růstu a rozvoji, pokud mu jsou poskytnuty vhodné podmínky. V oblasti sociální pedagogiky se tento přístup promítá do důrazu na pozitivní vztahy, respektující komunikaci a individuální přístup k jedinci.

V kontextu práce s ohroženými skupinami, včetně pacientů v paliativní péči, dětí a adolescentů se specifickými potřebami či osob se sociálním znevýhodněním se uplatňuje také koncept resilience. Tento přístup vychází z psychologického výzkumu a zaměřuje se na schopnost jednotlivců překonávat nepříznivé životní situace a rozvíjet se navzdory obtížím. Sociální pedagogika v tomto ohledu přispívá ke zvyšování odolnosti jednotlivců prostřednictvím podpory sociálních vazeb, budování pozitivní identity a poskytování bezpečného a podnětného prostředí.

Dalším významným přístupem je narativní pedagogika, která se soustředí na význam příběhů a osobních zkušeností při utváření identity a zvládání náročných životních situací. Tento přístup je úzce propojen s konceptem empowermentu, který klade důraz na posilování kompetencí jednotlivce a jeho aktivní účast na řešení vlastních problémů. V sociální pedagogice se tyto přístupy uplatňují zejména při práci s jedinci, kteří se ocitají v krizových situacích a potřebují podporu při hledání nových možností, jak se vyrovnat se svými problémy.

2.2 Etika a hodnoty sociálního pedagoga v paliativní péči

Etika a hodnoty sociálního pedagoga v paliativní péči jsou zásadním pilířem jeho profesionální praxe. Sociální pedagog působí v kontextu, kde se setkává s lidmi na konci života a jejich rodinami, a jeho role je nejen podpůrná, ale také hluboce lidská. V této oblasti nelze pracovat bez důležitých etických principů a hodnotové orientace, která pomáhá zajišťovat kvalitu poskytované podpory a zároveň chránit důstojnost každého člověka.

Podle Kisvetrové (2018) je základním východiskem etiky sociálního pedagoga v paliativní péči je respekt k lidské důstojnosti. Každý člověk má nárok na to, aby byl vítán a respektován jako jedinečná bytost. Tento princip zahrnuje uznání individuality, kulturních

a duchovních hodnot každého klienta i jeho rodiny. Sociální pedagog zde vystupuje jako průvodce, který dbá na to, aby byly naplněny nejen fyzické a psychické, ale také sociální a duchovní potřeby.

Další klíčovou hodnotou je empatie, která je nezbytným předpokladem pro hlubší porozumění situaci klientů. Bartůněk, Ptáček a kol. podle Mikloška a Nováka, 2017 (2023, s. 59) uvádí: „Shoda odborníků panuje v tom, že soucit je emoce, která je „komplementární sociální emocí vytvořenou konfrontací s utrpením druhého“ Empatie umožňuje sociálnímu pedagogovi nejen naslouchat, ale také vědomě reagovat na projevy emocí a potřeb klientů. Tato schopnost zahrnuje nejen vcítění se do perspektivy druhých, ale také schopnost nabídnout podpůrný rozhovor, který může pomoci klientům lépe se vyrovnat s těžkou životní situací.

Spravedlnost je další důležitý prvek etické orientace. Sociální pedagog musí zajišťovat rovnost v přístupu ke službám a minimalizovat jakoukoliv formu diskriminace. To zahrnuje schopnost citlivě reagovat na různorodé potřeby klientů, aniž by došlo k narušení jejich autonomních rozhodnutí. V paliativní péči je nutné respektovat volbu klienta týkající se míry a typu poskytované podpory (Kisvetrová, 2018).

Sociální pedagog by také měl být schopen reflektovat vlastní hodnoty a postoje, aby nepřenášel své osobní předsudky na klienty. To vyžaduje vnitřní disciplínu a ochotu k sebereflexi. Sociální pedagog si musí být vědom svých hranic a možností, stejně jako důležitosti spolupráce s interdisciplinárním týmem, který může zahrnovat lékaře, sestry, psychology a další odborníky.

Etika sociálního pedagoga v paliativní péči se rovněž opírá o princip nenásilí a podpory autonomie. Nenásilí znamená nevnučování vlastních názorů, rozhodnutí nebo hodnot klientům. Autonomie zase zahrnuje respekt k tomu, že každý člověk má právo rozhodovat o svém životě, i když jsou tato rozhodnutí v rozporu s osobními náhledy sociálního pedagoga. V praxi to dle Bužgové (2015) znamená umožnit klientovi, aby si uchoval co největší kontrolu nad svým životem a procesem umírání.

Etika a hodnoty sociálního pedagoga v paliativní péči nejsou jen teoretickými koncepty, ale každodenními principy, které ovlivňují kvalitu života klientů. Sociální pedagog se stává mostem mezi klienty, jejich rodinami a systémem péče, který musí být citlivý, spravedlivý a zaměřený na podporu lidské důstojnosti.

3 INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE V HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČI

Hospicová a paliativní péče stojí na úzké spolupráci odborníků z různých profesních oblastí. Tento multidisciplinární přístup propojuje specialisty, jejichž společným cílem je poskytovat pacientům i jejich rodinám komplexní podporu. Tým tvoří lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci a duchovní, přičemž každý z nich přispívá svými specifickými znalostmi a dovednostmi. Díky této spolupráci je péče přizpůsobena individuálním potřebám pacienta a zajišťuje mu maximální komfort a důstojnost. Koubová (2017) popisuje fungování paliativního týmu takto: „Co přesně tedy paliativní tým v nemocnici dělá? Zpočátku se zabývá kontrolou příznaků a navázáním důvěry pacienta, zaměřuje se také na to, jak nemocný i jeho rodina situaci zvládají. Zkoumá, zda je ještě léčba přínosem – jestli zabírá či ne, a zjišťuje, co by mělo být cílem terapie, tedy co pacient chce – a mnozí tak vysloví například přání, že si nepřejí být resuscitováni. Nejčastějším důvodem, proč bývá paliativní tým přizván, je přitom právě rozhovor o cílech péče.”

Klíčovým aspektem interdisciplinární spolupráce je také psychologická a emocionální podpora nejen pacientům, ale i jejich rodinám. Psycholog či jiný odborník na duševní zdraví může pomoci pacientovi i jeho blízkým zvládat obavy spojené s postupem nemoci, hledat způsoby, jak se vyrovnat s terminální diagnózou, a usnadnit proces loučení. Současně může podporovat i samotné členy týmu, kteří se v důsledku dlouhodobé práce v náročném prostředí mohou potýkat se syndromem vyhoření či emoční zátěží.

Další nedílnou součástí paliativní péče je sociální podpora, kterou poskytují sociální pracovníci. Ti se zaměřují na pomoc při řešení praktických záležitostí, jako je zajištění domácí péče, poradenství v oblasti sociálních dávek či doprovázení při vyřizování administrativních úkonů. Jejich role je klíčová zejména v případech, kdy pacient nemá dostatečné rodinné zázemí nebo se ocitá v sociálně složitě situaci (Tomiczek et al., 2024).

Zásadní je rovněž role duchovních pracovníků, kteří mohou pomoci pacientům nalézt smysl jejich životního příběhu, vypořádat se s existenciálními otázkami a nabídnout spirituální podporu v souladu s pacientovým přesvědčením a hodnotami.

Efektivní spolupráce interdisciplinárního týmu v hospicové a paliativní péči přispívá nejen ke zlepšení kvality života pacienta, ale i k podpoře jeho blízkých. Jak uvádějí Sláma et. al. (2019, s. 76), „dobře koordinovaný tým nejenže poskytuje optimální péči, ale zároveň dokáže předcházet komunikačním nedorozuměním a zmírňovat stres všech zúčastněných.“

V praxi se ukazuje, že klíčem k úspěchu je nejen odborná připravenost jednotlivých členů týmu, ale také jejich schopnost vzájemného naslouchání, respektu a sdílené odpovědnosti za péči o pacienta v jeho závěrečné fázi života.

3.1 Role sociálního pedagoga v interdisciplinárním týmu

Sociální pedagog hraje zásadní roli v interdisciplinárním týmu, kde přispívá k zajištění celostní péče zaměřené nejen na zdravotní aspekty, ale také na psychickou a sociální pohodu pacienta. Díky svým odborným znalostem v oblasti psychosociální podpory, vzdělávání a mediace dokáže efektivně reagovat na individuální potřeby pacientů i jejich rodin a pomáhá vytvářet harmonické prostředí, které podporuje jejich adaptaci a zvládání náročných situací.

Sociální pedagogové zároveň působí jako mediátoři mezi zdravotníky, rodinou a pacientem. Jejich přínos spočívá zejména ve schopnosti identifikovat a odstraňovat sociální bariéry, které mohou komplikovat poskytování péče. Sociální pedagogika zdůrazňuje vytváření podpůrného prostředí, jež umožňuje pacientům sdílet své obavy, touhy a hodnoty. Prostřednictvím facilitace komunikace pomáhají sociální pedagogové členům týmu i rodinám lépe pochopit dynamiku nemoci a proces umírání (Pazdírková, 2024).

Dále se podílejí na prevenci syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Nabízejí nástroje a techniky, které podporují týmovou soudržnost a posilují odolnost vůči stresu. Důležitým aspektem jejich činnosti je také tvorba vzdělávacích programů určených pro rodiny pacientů, které jim pomáhají lépe zvládat náročné situace spojené s péčí o blízkého. Tyto programy poskytují rodinám potřebné informace o průběhu paliativní péče a umožňují jim aktivně se zapojit do podpory pacienta v jeho závěrečných fázích života.

Pro zajištění efektivní mezioborové spolupráce v hospicové a paliativní péči je zásadní pravidelná a otevřená komunikace mezi jednotlivými členy týmu, která umožňuje koordinaci péče a poskytování komplexní podpory pacientovi i jeho blízkým. Tato komunikace probíhá nejen v rámci běžných pracovních setkání, ale také prostřednictvím multidisciplinárních porad, které umožňují systematické sdílení informací o zdravotním stavu pacienta, jeho potřebách a přáních. Tyto porady poskytují prostor pro koordinaci péče, zajištění kontinuity služeb a sjednocení přístupu mezi jednotlivými odborníky. Hrdá et al. (2018, s. 118) poukazují na informovanost členů týmu:

„Z hlediska péče je třeba zajistit, aby se každé odbornosti dostávaly veškeré informace potřebné pro to, aby mohla vykonávat svou úlohu, zároveň aby byly informace, které každá odbornost přináší, brány s patřičnou důležitostí a nebyly bagatelizovány. Toho lze docílit pouze vzájemnou otevřenou komunikací, atmosférou důvěry, kde je možné společně reflektovat i to, co se v péči a vzájemné spolupráci nedaří.”

Týmová spolupráce v hospicové péči je koordinována vedoucím pracovníkem, který zajišťuje kontinuitu a propojení jednotlivých přístupů. Pravidelná setkání interdisciplinárního týmu umožňují sdílení informací, plánování a evaluaci péče. Dialog mezi členy týmu je klíčový pro efektivní poskytování péče, která bere ohled na potřeby pacientů i jejich blízkých.

Hospicová péče představuje více než jen léčbu fyzických symptomů. Jedná se o komplexní přístup, který spojuje odbornosti různých profesí, aby zajistil maximální kvalitu života pacienta. Role sociálních pedagogů v této spolupráci podtrhuje význam lidskosti a empatie v péči o osoby na sklonku života. Význam práce sociálních pedagogů spočívá také v tom, že přispívá k lepší koordinaci péče, což zvyšuje její efektivitu a kvalitu. Díky jejich systematickému přístupu k řešení sociálních problémů a jejich schopnosti budovat důvěru mezi pacienty, rodinami a týmem, je možné zajistit, aby se péče zaměřovala nejen na léčbu onemocnění, ale také na podporu lidské důstojnosti a kvality života ve všech jeho aspektech.

3.2 Komunikace a mediace s umírajícími a blízkými

Efektivní komunikace nám umožňuje i přes omezený čas a rostoucí fyzické obtíže přispět ke zlepšení kvality života umírajícího člověka i jeho blízkých. Je důležité si uvědomit, že do života pacienta a jeho rodiny vstupujeme pouze na krátkou chvíli, přesto máme možnost i odpovědnost učinit několik zásadních kroků. Patří mezi ně příprava nemocného i jeho blízkých na nadcházející změny, vytvoření prostoru pro vyjádření jejich potřeb a přání, citlivé reagování na tyto podněty a respektování jejich hodnot a přesvědčení. Psycholožka Karolína Peruth o truchlení, ztrátě a loučení, ale také o životě a přítomném okamžiku v rozhovoru pro Refresher (Ježková, 2022) uvádí:

„Neměli bychom umírajícího člověka klamat. Pečující mohou často jeho opravdový zdravotní stav popírat, byť už verdikt dávno slyšel od svého lékaře. Říkají mu, že spolu pojedou příští rok na dovolenou – přitom ví, že už tu nebude. Když o smrti budeme mluvit, tak se umírající může začít smířovat. Nebude ochuzen o proces odcházení, vzpomínání.

Jinak může mít pocit, že je na smrt úplně sám, jelikož okolí si stále nalhává, že „tu bude ještě dlouho,“

Proces vyrovnávání se s nemocí a blížícím se koncem života může probíhat v různých fázích, které popsala Elisabeth Kübler-Rossová (2015). Tyto fáze zahrnují šok a popírání, kdy se nemocný i jeho blízcí snaží situaci odmítnout, dále hněv a frustraci, které mohou být namířeny vůči okolí i sobě samým. Následuje snaha o vyjednávání a hledání možných řešení, poté období smutku a deprese, které může být provázeno pocitem beznaděje. Poslední fáze pak představuje smíření, ať už v podobě přijetí situace, rezignace či vnitřního klidu.

Je důležité mít na paměti, že ne každý prochází všemi těmito fázemi a že jejich pořadí nemusí být pevně dané. Nemocný a jeho blízcí mohou být v odlišných fázích a jejich prožívání se může proměňovat či opakovaně vracet. Klíčové je proto citlivě vnímat, v jakém stadiu se pacient i jeho okolí aktuálně nachází, a podle toho přizpůsobit svou podporu a komunikaci.

Platforma Cesta domů (2025) zdůrazňuje, že klíčovým prvkem kvalitní zdravotně-sociální péče je komunikace s pacientem či klientem na partnerské úrovni. „V době, kdy je člověk na konci života, nastává jak pro něj, tak pro všechny jeho blízké a pečující bytosti zvláštní čas. Všechno, co je konáno a řečeno, je velmi důležité a má zvláštní váhu. Může to být pro ošetřující a doprovázející osoby těžké, ale i velmi obohacující. Abychom mohli tento důležitý čas pomoci dobře naplnit, je dobré znát některé základní zásady komunikace s umírajícím člověkem a jeho rodinou. Každý člověk je jedinečný a jeho blízcí též a je třeba na to citlivě reagovat a tyto základní zásady tvořivě rozvíjet.“

Schopnost vést empatickou a srozumitelnou komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou představuje zásadní aspekt kvalitní péče v závěrečné fázi života. Respektování individuality každého člověka a pružné přizpůsobení komunikačních strategií mohou významně přispět k důstojnému a smysluplnému prožití tohoto období. Přestože se může jednat o náročnou situaci pro všechny zúčastněné, správná komunikace umožňuje nejen zmírnění úzkosti a nejistoty, ale také vytváří prostor pro vzájemné porozumění, podporu a důstojné rozloučení.

3.2.1 Základ paliativní péče – pravdivá komunikace

Otevřená a upřímná komunikace o diagnóze a prognóze je sice náročná, ale nezbytná. Umožňuje pacientům i jejich blízkým plně využít zbývající čas a připravit se na přicházející

změny. Transparentní rozhovory pomáhají zmírnit nejistotu, podporují důvěru mezi pacientem a zdravotníky a umožňují činit informovaná rozhodnutí.

Podle rozhovoru, který vedla Koubová (2017) pro Zdravotnický deník s Anthony Backem, odborníkem na komunikaci v paliativní péči, si 99 % lékařů uvědomuje důležitost komunikace s pacienty. Přesto se dvě třetiny z nich v této oblasti nikdy nevzdělávaly, což vede k tomu, že pouze 11 % onkologů skutečně zvládá komunikovat s pacienty empaticky. Jak však Back zdůrazňuje, schopnost vést citlivé rozhovory není vrozená, ale naučitelná – a právě školení může pomoci překlenout mezery v této dovednosti.

Podle organizace Cesta domů (2025) je klíčové nebát se otevřeně hovořit o všech aspektech nemoci, jejím průběhu a souvisejících příznacích. Pravdivé informace dávají nemocnému i jeho blízkým možnost se připravit a umožňují jim se s danou situací lépe vyrovnat. Skutečná naděje totiž nevychází z popírání reality, ale z jejího pochopení a přijetí. Jen na základě dostatečných informací mohou pacient i jeho rodina činit odpovědná rozhodnutí a naplánovat poslední fázi života podle svých přání a hodnot.

Otevřená komunikace také pomáhá zabránit tomu, aby důležitá slova či činy zůstaly nevyřčeny. Často máme tendenci odkládat rozhovory o citlivých tématech s myšlenkou, že na ně ještě přijde vhodná chvíle. Realita však bývá jiná – co dnes neřekneme, zítra už nemusíme mít možnost vyjádřit. Proto je důležité nečekat a mluvit o tom, co je podstatné, dokud je čas.

Ve chvílích, kdy se člověk přibližuje ke konci života, nepotřebuje jen odbornou lékařskou péči, ale především pocit, že není sám. Možnost sdílet přítomný okamžik s blízkými, vzpomínat na životní zkušenosti a otevřeně hovořit o svých obavách či přáních může přinést vnitřní klid. Je zásadní, aby měl pacient prostor pro vyjádření svých emocí a aby se cítil vyslyšený.

Podpora ze strany rodiny hraje v tomto procesu nenahraditelnou roli. Stejně důležité je však porozumění a citlivý přístup ze strany zdravotníků a sociálních pracovníků, kteří by měli respektovat pacientovy kulturní a spirituální hodnoty a zajistit, že jeho poslední přání budou naplněna.

Součástí procesu odcházení je i potřeba uzavřít nedorozumění, rozloučit se s blízkými a získat jistotu, že rodina dokáže jít dál. Mnoho lidí potřebuje nejen emocionální oporu, ale také symbolické „povolání odejít“ – ujištění, že jejich odchod je přirozenou součástí života a že jejich blízcí tuto situaci zvládnou. Podle webu umírání.cz (2023) „je

důležité, že nemocný prožije zbylý čas tak, jak si přeje a jak mu to dává smysl. Ať už je to v prostředí, které má rád, u oblíbené činnosti nebo se svými blízkými. Přinášet naději může také zlepšení či narovnání vztahů nebo uzavření či předání věcí, které nemocný považuje za důležité.”

Pravdivá a citlivá komunikace je jedním z klíčových pilířů paliativní péče. Pomáhá pacientům i jejich rodinám vyrovnat se s realitou, učinit důležitá rozhodnutí a prožít závěrečnou etapu života s důstojností a klidem. Odborníci, kteří s těmito pacienty pracují, by proto měli věnovat pozornost nejen fyzickým potřebám nemocného, ale i jeho psychické a emocionální pohodě, která je často stejně důležitá jako samotná léčba.

3.2.2 Mediace v paliativní péči

Mediace je obzvláště důležitá v situacích, kdy mezi pacientem, rodinou a zdravotnickými pracovníky vznikají konflikty nebo nejasnosti. Sociální pedagogové zde působí jako neutrální prostředníci, kteří usilují o vytvoření prostoru pro konstruktivní dialog. Pomáhají zúčastněným stranám vyjádřit své postoje, obavy a očekávání, čímž podporují hlubší vzájemné porozumění. Tato schopnost řešit konflikty a zmírňovat napětí je klíčová zejména v případech, kdy rodina nebo pacient nemají jasnou představu o postupu péče nebo se jejich přání liší od doporučení lékařského týmu.

Elichová podle Kalvach 2013 (2017, s. 110) poukazuje na roli sociálního pracovníka „jako člen paliativního týmu, se snaží o naplnění priorit, které jsou stěžejní při práci s umírajícími. Především je to úleva od bolesti, utrpení a samoty. Péče je poskytována s ohledem na lidskou důstojnost, autonomii, potřeby a práva umírajícího. Činnost sociálního pracovníka může značně postihnout oblast, která souvisí s posledním přáním umírajícího. Svoji klíčovou roli může sociální pracovník pro umírajícího sehrát v případě smíření se svým okolím (Kalvach, 2013: 374–375). Často tak může být postaven do pozice mediátora či facilitátora.”

Sociální pedagogové využívají širokou škálu komunikačních technik, které podporují dialog a empatii. Aktivní naslouchání, při kterém pedagog věnuje plnou pozornost vyprávění pacienta nebo rodiny, jim pomáhá budovat pocit, že jsou slyšeni a respektováni. Parafrázování a shrnutí klíčových myšlenek zase zajišťuje, že všechny strany rozumí sdělovaným informacím. Používání otevřených otázek povzbuzuje pacienty i rodinné příslušníky k hlubšímu zamyšlení a vyjádření jejich skutečných pocitů a potřeb.

V rámci mediace se sociální pedagogové zaměřují na hledání společných řešení, která zohledňují potřeby všech stran. Bazger (2020) uvádí, že tento proces často zahrnuje kompromisy a vyjednávání, ale také posilování vztahů mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým týmem. Mediace se tak stává nástrojem, který nejen pomáhá řešit konkrétní konflikty, ale také podporuje dlouhodobou spolupráci a harmonii.

V situacích, kdy dochází k nejasnostem nebo rozdílům v očekáváních týkajících se péče, hrají sociální pedagogové nezastupitelnou roli. Jejich schopnost efektivně komunikovat a řešit konflikty přispívá k vytvoření prostředí, kde se všechny strany cítí respektovány a jejich názory jsou brány v úvahu. Díky těmto dovednostem mohou sociální pedagogové významně ovlivnit kvalitu paliativní péče. A to nejen tím, že podporují plynulou komunikaci, ale také tím, že pomáhají budovat pocit bezpečí a sounáležitosti. Tyto aspekty jsou zásadní pro to, aby paliativní péče probíhala v duchu vzájemné spolupráce a respektu k lidské důstojnosti.

3.3 Výzvy a perspektivy sociální pedagogiky v paliativní péči

Ačkoliv je přínos sociální pedagogiky v oblasti paliativní péče zcela zřejmý, existuje mnoho výzev, které je nutné překonat, aby byla tato profese plně uznána a využívána. Jednou z hlavních výzev je stále přetrvávající nedostatečné povědomí o roli sociálních pedagogů mezi zdravotnickými pracovníky, pacienty a širokou veřejností. Tento nedostatek informací často vede k podceňování potenciálu, který sociální pedagogové přinášejí v oblasti psychosociální podpory a mediace v náročných situacích.

Další významnou překážkou je omezený přístup ke specializovanému vzdělávání, které by sociálním pedagogům umožnilo získat hlubší znalosti a dovednosti potřebné pro práci v paliativní péči. Současné vzdělávací programy na vysokých školách sice nabízejí obecný přehled o psychosociální podpoře, avšak často postrádají specifický důraz na témata, jako je duchovní péče, zvládání etických dilemat nebo práce s truchlícími rodinami (Marková, 2015).

Perspektivy rozvoje sociální pedagogiky v paliativní péči zahrnují posilování spolupráce mezi akademickými institucemi, hospici a zdravotnickými zařízeními. Tato partnerství by mohla přinést inovativní přístupy ke vzdělávání, vytvořit příležitosti pro stáže a praxi a zároveň podpořit přenos teoretických poznatků do každodenní praxe. Důraz na interdisciplinární spolupráci by rovněž umožnil lepší integraci sociálních pedagogů

do týmů poskytujících paliativní péči, čímž by se jejich role stala neoddělitelnou součástí komplexní péče o pacienty (Daněk & Šmída, 2024).

Budoucí vývoj by měl také zahrnovat větší zapojení sociálních pedagogů do výzkumu v oblasti paliativní péče. Výzkum by mohl přinést cenné informace o účinnosti psychosociální podpory, kterou tito odborníci poskytují, a nabídnout nástroje pro evaluaci jejich práce. Například vytvoření standardizovaných metodik pro hodnocení psychosociálních intervencí by umožnilo systematicky zkoumat jejich dopad na pacienty a jejich rodiny. Výsledky takového výzkumu by mohly přispět nejen k lepšímu porozumění, ale také ke zvyšování prestiže sociální pedagogiky v této oblasti.

Důležitým aspektem perspektivního rozvoje je také osvětová činnost zaměřená na veřejnost i odborníky. Zvýšení povědomí o tom, jak sociální pedagogové mohou přispět k péči o nevléčitelně nemocné, by mohlo změnit vnímání této profese a podpořit její širší zapojení do zdravotnického systému. Díky lepší informovanosti by sociální pedagogové mohli efektivněji spolupracovat s dalšími odborníky a přispívat k holistickému přístupu k péči o pacienta (Sobková et. al., 2015).

Z dlouhodobého hlediska je klíčové vytvořit systémovou podporu pro zapojení sociální pedagogiky do paliativní péče. To zahrnuje nejen legislativní uznání této profese v rámci zdravotnického systému, ale i zajištění adekvátního financování pro vzdělávací a výzkumné aktivity. Takový přístup by umožnil plně využít potenciál sociálních pedagogů a zajistit, že paliativní péče bude poskytována s ohledem na všechny aspekty lidské důstojnosti a kvality života.

3.4 Legislativní rámec paliativní péče a sociální pedagogiky v České republice

Paliativní péče je v českém právním řádu zakotvena v několika klíčových zákonech a vyhláškách, které určují její organizaci, financování i minimální personální požadavky. Jedním z nejvýznamnějších právních dokumentů je Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který definuje paliativní péči jako druh zdravotní péče zaměřené na zmírnění utrpení pacientů s nevléčitelnými onemocněními a na zajištění důstojné kvality jejich života. Tento zákon stanovuje práva pacientů v terminální fázi života a upravuje podmínky poskytování hospicové a domácí paliativní péče (Zákony pro lidi, 2025).

Organizační a personální aspekty paliativní péče upravuje Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Tato vyhláška stanovuje standardy pro poskytování domácí paliativní péče, včetně požadavků na počet a odbornou způsobilost zdravotnického personálu, což zajišťuje odbornou kvalitu péče (Zákony pro lidi, 2024). Důležitým dokumentem je také Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tato vyhláška určuje podrobné podmínky poskytování zdravotní i sociální paliativní péče v rámci sociálních služeb (Zákony pro lidi, 2024).

Sociální pedagogika, jako disciplína spojující sociální práci a pedagogiku, má své ukotvení v českém právním systému zejména prostřednictvím zákonů týkajících se vzdělávacího systému a podpory žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnicích, vymezuje odbornou způsobilost a požadavky na kvalifikaci pedagogických pracovníků, včetně sociálních pedagogů. Novela tohoto zákona, přijatá v roce 2021, oficiálně zakotvila profesi sociálního pedagoga jako součást školních poradenských služeb, čímž podpořila jeho zapojení do vzdělávacího systému (Zákony pro lidi, 2025).

Platové zařazení sociálního pedagoga ve škole bylo předmětem vyjádření Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), které uvedlo, že platové podmínky sociálních pedagogů jsou stanoveny dle jejich pracovních zařazení a jejich kompetencí ve vzdělávacím systému (Wagner, 2023).

Legislativní zakotvení paliativní péče i sociální pedagogiky je zásadní pro jejich efektivní fungování v praxi. Zákony a vyhlášky stanovují jasná pravidla pro poskytování služeb, definují kompetence odborníků a určují způsoby financování. Celkově lze říci, že právní rámec v těchto oblastech reflektuje potřeby společnosti a poskytuje základ pro další rozvoj paliativní péče i sociální pedagogiky v České republice.

II**PRAKTICKÁ ČÁST**

4 ZAMĚŘENÍ VÝZKUMU NA TÉMA SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA V KONTEXTU HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE

Tento výzkum byl pečlivě koncipován s cílem systematicky zmapovat a porozumět zkušenostem sociálních pedagogů působících v hospicové a paliativní péči. Vzhledem k rostoucím nárokům na kvalitní podporu pacientů a jejich rodin v této specifické oblasti je klíčové lépe pochopit roli sociální pedagogiky v poskytování této péče. Výzkumný design je založen na kvantitativním přístupu, který umožňuje objektivně měřit a analyzovat klíčové aspekty práce sociálních pedagogů v prostředí hospicových a paliativních zařízení (Frouz & Vindušková, 2018).

V rámci kvantitativního výzkumu bude využito dotazníku, který bude distribuován sociálním pedagogům pracujícím v hospicových a paliativních zařízeních. Tento nástroj umožní shromáždit relevantní data o jejich profesních zkušenostech, výzvách, kterým čelí, a způsobech, jakými přispívají k celkové kvalitě péče. Dotazníky budou obsahovat uzavřené otázky, což umožní kvantitativní analýzu.

Tento výzkum si klade za cíl nejen identifikovat zásadní faktory ovlivňující účinnost sociální pedagogiky v hospicové a paliativní péči, ale také nabídnout podněty pro její další rozvoj a inovace. Získané výsledky by měly přispět k hlubšímu porozumění potřeb sociálních pedagogů a podpořit zavedení účinných strategií, které zajistí kvalitní a citlivou péči pro pacienty i jejich rodiny v náročných životních situacích.

4.1 Výzkumné cíle a otázky

Hlavní cíl:

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaké jsou zkušenosti sociálních pedagogů v rámci poskytování paliativní a hospicové péče. Tyto zkušenosti budou zkoumány z několika perspektiv:

1. **Vnímaná očekávání při plnění profese** – bude zkoumáno, jak sociální pedagogové vnímají požadavky a očekávání, která jsou na ně kladena v oblasti paliativní a hospicové péče, a to jak ze strany klientů, rodin, tak i od ostatních členů multidisciplinárního týmu.

2. **Potřebné kompetence a dovednosti** – analýza se zaměří na identifikaci klíčových kompetencí a dovedností, které jsou nezbytné pro efektivní výkon ve specifické oblasti péče. Pozornost bude věnována také případným deficitům a potřebám v oblasti profesního rozvoje.
3. **Soulad mezi teorií a praxí** – bude zkoumáno, do jaké míry odpovídá teoretická příprava získaná během studia praktickým nárokům a situacím, se kterými se sociální pedagogové v oblasti paliativní a hospicové péče setkávají.
4. **Potřeba doplnění teoretické průpravy** – bude hodnoceno, zda sociální pedagogové cítí potřebu dalšího vzdělávání nebo doplnění původní teoretické přípravy, ať už prostřednictvím kurzů, workshopů či jiných forem profesního rozvoje, aby lépe zvládali výzvy spojené s poskytováním péče v paliativní a hospicové oblasti.

Dílčí cíle:

- Zjistit, s jakými očekáváními se sociální pedagogové setkávají při vykonávání své profese v paliativní a hospicové péči.

Ověřovat budeme otázkami z dotazníku č. 3, 4, 5, 6.

- Zjistit, jaké hlavní kompetence a dovednosti považují sociální pedagogové za nezbytné k efektivnímu působení v paliativní a hospicové péči.

Ověřovat budeme otázkami z dotazníku č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.

- Zjistit, zda a v jakých ohledech se teoretické předpoklady o profesi sociálních pedagogů v paliativní a hospicové péči liší od jejich skutečných zkušeností v praxi a zda jsou nuceni si doplňovat původní teoretickou přípravu?

Ověřovat budeme otázkami z dotazníku č. 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaké jsou zkušenosti sociálních pedagogů v rámci poskytování paliativní a hospicové péče.

V rámci výzkumu zaměřeného na zkušenosti sociálních pedagogů v oblasti paliativní a hospicové péče je kladen důraz na několik klíčových aspektů této profesní zkušenosti. Tento výzkum bude zkoumat nejen očekávání, dovednosti a kompetence, které sociální pedagogové potřebují k úspěšnému poskytování této citlivé péče, tak i soulad mezi teoretickým základem a praxí v oblasti paliativní péče.

Dílčí výzkumné otázky:

- S jakými očekáváními se sociální pedagogové setkávají při vykonávání své profese v paliativní a hospicové péči?
- Jaké hlavní kompetence a dovednosti považují sociální pedagogové za nezbytné k efektivnímu působení v paliativní a hospicové péči?
- Liší se teoretické předpoklady o profesi sociálních pedagogů v paliativní a hospicové péči od jejich skutečných zkušeností v praxi? Pokud ano, tak v jakých ohledech?
- Jsou sociální pedagogové v praxi paliativní a hospicové péče nuceni doplňovat původní teoretickou průpravu? Pokud ano, tak v jakých ohledech?

4.2 Metoda a realizace výzkumu

Metodou použitou v tomto výzkumu bude dotazníkové šetření. Dotazníky budou distribuovány mezi sociální pedagogy pracující v oblasti hospicové a paliativní péče s již výše uvedeným cílem.

Dotazníky budou obsahovat uzavřené otázky, které umožní získat kvantitativní data. Hricová et al., (2023, s. 106) uvádí, co patří mezi výhody dotazníku: „možnost získat data od většího počtu respondentů (větší vzorek populace), ale i fakt, že získaná data je možné snáze kvantifikovat a statisticky vyhodnocovat (získáváme tak tzv. tvrdá data), díky čemuž je také možné získané výsledky za určitých okolností srovnávat s výsledky podobných studií. Získaná data mohou být v porovnání s rozhovorem také objektivnější a respondent může být ochotný upřímněji odpovídat, neboť použitím dotazníku je možné zajistit větší míru anonymity...“

Uzavřené (strukturované) položky se vyznačují tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Hlavní výhodou těchto položek je to, že se podstatně zjednodušuje vyhodnocování odpovědí. Často také respondenti ochotně vyplňují dotazníky již připravenými odpověďmi. Nevýhodou této formy položek na druhé straně zůstává fakt, že všechny možné kvality odpovědí jsou nasměrovány do schématu připravených odpovědí (Chráška, 2016).

Dotazník bude připraven prostřednictvím platformy Google Forms a následně distribuován do zařízení poskytujících hospicovou a paliativní péči po celé České republice.

Před spuštěním šetření bude dotazník otestován na menším vzorku sociálních pedagogů. Cílem pilotního testování bude odhalit případné nedostatky v otázkách, v jejich formulaci a provést případné úpravy.

4.3 Charakteristika respondentů

Respondenty tohoto výzkumu budou výhradně sociální pedagogové, kteří aktivně působí v oblasti hospicové a paliativní péče. Jedná se o odborníky se specializací na psychosociální podporu pacientů a jejich rodin v závěrečné fázi života. Výběr respondentů v tomto výzkumu lze tedy charakterizovat jako účelový (záměrný) výběr. Sociální pedagogové, kteří se účastní výzkumu, budou vybráni z různých hospicových zařízení napříč Českou republikou, což umožní získat data z různých regionů a institucí. Tento homogenní výběr respondentů umožní zaměřit se konkrétně na přínos sociální pedagogiky v kontextu paliativní péče (Hricová et al., 2023).

Do výzkumu bylo osloveno celkem 72 sociálních pedagogů, kteří splňovali kritéria výběru. Z tohoto počtu jsme obdrželi 62 řádně vyplněných dotazníků. Vzhledem k tomu, že do analýzy byli zahrnuti pouze ti účastníci, kteří dotazník skutečně odevzdali, tvoří těchto 62 respondentů 100 % analyzovaného výzkumného vzorku.

4.4 Interpretace dat

Interpretace dat je klíčovou fází výzkumu, která se zaměřuje na propojení zjištěných výsledků s cíli výzkumu, identifikací souvislostí a formulací závěrů. Tento proces zahrnuje nejen analýzu a interpretaci získaných dat, ale také jejich porovnání s dosavadními poznatky a teoretickými východisky. V našem výzkumu využijeme některou ze statistických metod analýzy dat. Pro kvantitativní data budou použity následující statistické metody:

Deskriptivní statistika – výpočty průměrů a procentuálního zastoupení jednotlivých odpovědí pro zjištění základních trendů a vytvoření tabulek a grafů pro vizualizaci klíčových zjištění (Hricová et al., 2023).

Spearmanův korelační koeficient (ρ) – označovaný řeckým písmenem ρ (ró), představuje neparametrickou statistickou metodu, kterou používáme k měření síly a směru monotónního vztahu mezi dvěma pořadovými (ordinálními) proměnnými. Využíváme jej tehdy, když nejsou splněny předpoklady pro použití Pearsonova korelačního koeficientu – například

pokud data nemají normální rozložení nebo pokud vztah mezi proměnnými není lineární (Soukup et al., 2023). Tato metoda odpovídá charakteru našeho výzkumu:

Pracujeme s proměnnými, které jsou pořadové (ordinální), případně převádíme kvantitativní data na pořadí. Data nevykazují normální rozložení a mohou obsahovat odlehle hodnoty. Vztah mezi proměnnými je monotónní – tedy s rostoucí hodnotou jedné proměnné se druhá proměnná také mění, buď rostoucím, nebo klesajícím směrem, aniž by nutně šlo o lineární (přímkový) vztah.

Sílu korelace interpretujeme na základě velikosti absolutní hodnoty Spearmanova koeficientu ρ . Neexistuje jednotný univerzální systém hodnocení, nicméně v sociálních a behaviorálních vědách se často orientujeme podle následující přibližné škály:

- 0,00 až $\pm 0,10$ – žádná nebo zanedbatelná korelace,
- $\pm 0,10$ až $\pm 0,39$ – slabá korelace,
- $\pm 0,40$ až $\pm 0,69$ – střední korelace,
- $\pm 0,70$ až $\pm 0,89$ – silná korelace,
- $\pm 0,90$ až $\pm 1,00$ – velmi silná korelace.

Pro realizaci korelační analýzy byl použit statistický software Jamovi (The jamovi project, 2025). V rámci této práce byla aplikována Spearmanova korelační analýza, která je vhodná pro hodnocení síly a směru monotónních vztahů mezi proměnnými, zejména pokud data nevyhovují předpokladům parametrických metod nebo jsou měřena na ordinální škále.

4.5 Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty budou hrát klíčovou roli při realizaci výzkumu zaměřeného na sociální pedagogiku v kontextu hospicové a paliativní péče. Vzhledem k citlivé povaze tématu bude nutné zajistit, aby se výzkum řídil nejvyššími standardy etického přístupu. Hlavním cílem bude respektovat práva, důstojnost a anonymitu všech respondentů a zároveň zajistit, aby výzkum přinesl hodnotné a relevantní poznatky.

Veškerá data budou sbírána tak, aby byla zajištěna anonymita respondentů. Na začátku výzkumu budou všichni potenciální respondenti jasně informováni o jeho cílech, zaměření a způsobu sběru a využití dat. Hricová et al., (2023, s. 278) uvádí: „V kvantitativním výzkumu je etika obvykle vyřešena v rámci hlavičky dotazníku. Zde je respondent

ubezpečen o tom, že bude zabezpečena jeho anonymita (a nikam nemá uvádět své údaje) a bude nadále vystupovat pouze pod pořadovým číslem.” Dále bude zajištěno, že všechny odpovědi zůstanou důvěrné a budou použity výhradně pro účely tohoto výzkumu. Data budou ukládána na zabezpečených platformách s omezeným přístupem, aby byla zajištěna jejich ochrana.

Výzkum bude veden s maximálním ohledem na profesní i osobní situaci respondentů, kteří působí v náročném prostředí hospicové a paliativní péče. Komunikace bude empatická a respektující, aby se respondenti cítili pohodlně při sdílení svých zkušeností. Dotazníky budou navrženy tak, aby nezatěžovaly časové kapacity respondentů, a jejich délka a obsah budou přizpůsobeny jejich pracovním možnostem. Výsledky výzkumu budou zpracovány s maximální objektivitou a budou prezentovány způsobem, který odpovídá skutečným zjištěním. Interpretace bude probíhat v kontextu cílů výzkumu, přičemž budou zdůrazněny praktické implikace pro zlepšení role sociální pedagogiky v hospicové a paliativní péči. Respondenti budou mít možnost se s výsledky seznámit a získat zpětnou vazbu o přínosu jejich účasti na výzkumu. Celý výzkum bude prováděn v souladu s etickými normami a právními předpisy, jako je evropská legislativa o ochraně osobních údajů (GDPR) (Eger & Egerová, 2022).

4.6 Limity výzkumu

Dotazníkové šetření je jednou z nejběžnějších metod sběru dat v sociálních a pedagogických vědách. Přestože nabízí řadu výhod, jako je efektivita a možnost oslovit větší počet respondentů, přináší také určitá omezení, která mohou ovlivnit kvalitu a interpretaci výsledků. Mezi hlavní omezení patří:

Subjektivita odpovědí

Respondenti mohou:

- Odpovídat podle toho, co považují za sociálně žádoucí (např. snaha prezentovat se v lepším světle).
- Mít tendenci vyhýbat se extrémním odpovědím a volit střední hodnoty (tzv. efekt střední odpovědi).
- Chybně interpretovat otázky, což může vést k nesprávným odpovědím.

Omezená hloubka dat

Dotazníky, zejména s uzavřenými otázkami, poskytují omezený prostor pro detailní vyjádření názorů a zkušeností respondentů. To může vést k:

- Povrchním odpovědím, které neodrážejí složitost zkoumané problematiky.
- Omezené schopnosti zachytit nuance a specifické aspekty role sociální pedagogiky v kontextu paliativní péče.

Nedostatečná návratnost

Dotazníková šetření často čelí nízké návratnosti, což může ovlivnit reprezentativnost vzorku.

Nízká účast respondentů může být způsobena:

- Časovou vytížeností respondentů (např. sociální pedagogové pracující v hospicové péči).
- Nedostatkem motivace nebo zájmu vyplnit dotazník.
- Technickými bariérami, pokud je dotazník distribuován elektronicky (např. nedostupnost internetu nebo neznalost platformy).

Omezení spojená s konstrukcí dotazníku

Kvalita dat závisí na správné konstrukci dotazníku. Mezi časté problémy patří:

- Nejednoznačné nebo zavádějící otázky: Mohou vést k nesprávnému pochopení nebo interpretaci otázky respondentem.
- Přílišná délka dotazníku: Dlouhé dotazníky mohou respondenty odradit nebo způsobit, že odpovídají méně pečlivě (tzv. efekt únavy respondenta).
- Nevhodná formulace odpovědí: Například absence možnosti „nevím“ nebo „jiné“ může nutit respondenty vybírat odpovědi, které neodpovídají jejich skutečnému názoru (Hricová et al., 2023).

4.7 Analýza dotazníkového šetření

Tato kapitola představuje analýzu dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření, které bylo realizováno v rámci praktické části diplomové práce na téma *Sociální pedagogika v kontextu hospicové a paliativní péče*. Cílem šetření bylo zjistit, jaké jsou postoje, zkušenosti a potřeby pracovníků v oblasti hospicové a paliativní péče ve vztahu k roli

sociálního pedagoga. Výsledky tohoto šetření poskytují cenný vhled do současného vnímání sociálně-pedagogické profese v této specifické oblasti péče, a zároveň pomáhají identifikovat prostor pro její možné uplatnění a další rozvoj.

4.7.1 Očekávání v praxi sociálních pedagogů v paliativní a hospicové péči

Tabulka 1 Úkol sociálního pedagoga

Úkol sociálního pedagoga	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zprostředkování komunikace mezi pacientem, rodinou a personálem	25	40,3 %
Poskytování emoční podpory pacientům a jejich rodinám	22	35,5 %
Pomoc s orientací v sociálním systému (např. dávky, příspěvky)	20	32,3 %
Organizace volnočasových a terapeutických aktivit pro pacienty	19	30,6 %
Vzdělávání rodin o paliativní péči	16	25,8 %
(Žádné úkoly – skeptické odpovědi)	2	3,2 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Tabulka č. 1 uvádí přehled úkolů sociálního pedagoga v paliativní péči podle jejich četnosti. Nejčastěji uváděným úkolem je zprostředkování komunikace mezi pacientem, rodinou a personálem (40,3 %), následuje poskytování emoční podpory 22 (35,5 %) a pomoc s orientací v sociálním systému 20 (32,3 %). Méně často jsou zmiňovány organizace volnočasových a terapeutických aktivit (30,6 %) a vzdělávání rodin o paliativní péči 16 (25,8 %). Minimální podíl respondentů uvedl, že sociální pedagog nemá v této oblasti žádné úkoly 2 (3,2 %).

Tabulka 2 Vnímaná důležitost role

Vnímaná důležitost role	Absolutní četnost	Relativní četnost(%)
Velmi důležitá	22	35,5 %
Spíše důležitá	12	19,4 %
Neutrální	13	21,0 %
Spíše méně důležitá	8	12,9 %
Nedůležitá	7	11,3 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Vnímání důležitosti role (č. 4): Většina sociálních pedagogů považuje svou roli v paliativní péči za důležitou. Celkem 22 respondentů (35,5 %) ji označilo jako „*velmi důležitou*“ a dalších 12 (19,4 %) jako „*spíše důležitou*“. Přibližně jedna pětina (13; 21 %) zaujala neutrální postoj. Menší část (8; 12,9 %) ji vidí „*spíše méně důležitou*“ a 7 respondentů (11,3 %) dokonce „*nedůležitou*“.

Tabulka 3 Očekávání od sociálního pedagoga

Očekávání od sociálního pedagoga	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zvyšování informovanosti o dostupné péči a službách	28	45,2 %
Pomoc při řešení krizových situací	23	37,0 %
Zajištění praktických informací a pomoci	21	33,9 %
Poskytování emocionální podpory	20	32,3 %
(Žádná očekávání / neznalost role)	2	3,2 %

(zdroj: vlastní)

Očekávání pacientů a rodin (č. 5): Podle odpovědí očekávají rodiny a pacienti od sociálních pedagogů zejména zvyšování informovanosti o dostupné péči a službách 45,2 % (28 respondentů). Dále se očekává pomoc při řešení krizových situací (23; 37,0 %) a zajištění praktických informací a konkrétní pomoci (21; 33,9 %). Také poskytování emocionální podpory je častým očekáváním (20; 32,3 %). Jen jednotlivci 2 (3,2 %) uvedli, že *žádná očekávání nejsou* nebo že by rodiny „*nevěděly, kdo sociální pedagog je a co dělá*“.

Tabulka 4 Klíčové faktory zlepšující kvalitu života

Klíčové faktory zlepšující kvalitu života	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pomoc při řešení praktických problémů	31	50,0 %
Podpora emočního zvládání nemoci	28	45,2 %
Zajištění sociální stability rodiny	27	43,5 %
Vzdělávání rodin o průběhu péče	18	29,0 %
(Jiné – medicínské aspekty péče, uvádí 1 respondent)	1	1,6 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Faktory kvality života (č. 6): Za nejdůležitější faktory přispívající ke zlepšení kvality života pacientů a rodin označili pedagogové pomoc při řešení praktických problémů 50,0 % (31 odpovědí) – např. finančních či pečovatelských záležitostí. Následuje podpora emočního zvládání nemoci (28; 45,2 %) a zajištění sociální stability rodiny (27; 43,5 %). Dále uváděli vzdělávání rodin o průběhu péče (18; 29,0 %). Jediný respondent (1,6 %) místo sociálních aspektů zmínil čistě *medicínské faktory* (jako léčbu bolesti či ošetrovatelskou péči), což však byla výjimka.

4.7.2 Klíčové kompetence a dovednosti nezbytné pro efektivní působení

Tabulka 5 Klíčové kompetence pro paliativní péči

Klíčové kompetence pro paliativní péči	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Krizová intervence	25	40,3 %
Komunikační dovednosti	24	38,7 %
Organizace a plánování	24	38,7 %
Empatie a aktivní naslouchání	23	37,0 %
Znalost sociálního práva a systémů podpory	20	32,2 %
Skeptické odpovědi – nevidí roli těchto kompetencí	2	3,2 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Klíčové kompetence (č. 7): Za nejdůležitější kompetence pro práci sociálního pedagoga v paliativní péči považují respondenti především krizovou intervenci (25 z 62; 40,3 %) a komunikační dovednosti (24; 38,7 %). Velmi těsně následují schopnost organizace a plánování (24; 38,7 %) a empatie s aktivním nasloucháním (23; 37,0 %). Důležitá je

i znalost sociálního práva a systémů podpory (20; 32,2 %). Tyto odpovědi ukazují, že potřebný je mix měkkých dovedností (empatie, komunikace), odborných znalostí (sociální systémy) i manažerských schopností (plánování). Dva respondenti (3,2 %) opět zpochybnili roli sociální pedagogiky (pozn.: „skutečný sociální pedagog se tím nezabývá“, „nechápu roli...“), ale drtivá většina se shoduje na výše uvedených kompetencích.

Tabulka 6 Hodnocení aktuální připravenosti

Hodnocení aktuální připravenosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Výborná (vynikající příprava)	18	29,0 %
Dostatečná	24	38,7 %
Spíše nedostatečná	10	16,1 %
Nedostatečná	10	16,1 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Hodnocení vlastní připravenosti (č. 8): Většina dotázaných hodnotí svou současnou přípravu na práci v paliativní péči pozitivně. „Dostatečnou“ ji označilo 24 respondentů (38,7 %) a dalších 18 (29 %) dokonce jako „výbornou“. Na druhé straně 10 (16,1 %) ji vnímá jako „spíše nedostatečnou“ a shodně 10 (16,1 %) jako „nedostatečnou“.

Tabulka 7 Dovednosti k rozvoji

Dovednosti k rozvoji	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Týmová spolupráce	25	40,3 %
Emoční stabilita a zvládání stresu	24	38,7 %
Komunikace s pacienty a rodinami	23	37,0 %
Znalost sociálních systémů a práva	22	35,4 %
Organizace a vedení skupinových aktivit	14	22,5 %
(Jiná / neuvedl – např. „nevím, nesetkal jsem se“)	2	3,2 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Dovednosti k rozvoji (č. 9): Na otázku, jaké dovednosti by měli sociální pedagogové dále rozvíjet, odpovídali nejčastěji týmovou spoluprací (25; 40,3 %) a emoční stabilitu a zvládání stresu (24; 38,7 %). Hned poté komunikaci s pacienty a rodinami (23; 37,0 %) a znalost sociálních systémů a práva (22; 35,4 %). O něco méně často zazněla organizace a vedení

skupinových aktivit (14; 22,5 %). Dva respondenti (3,2 %) uvedli například „nevím, nesetkal jsem se.“

Tabulka 8 Další oblasti pro vzdělávání (paliativní péče)

Další oblasti pro vzdělávání (paliativní péče)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Etické otázky a dilemata v paliativní péči	25	40,3 %
Specifika práce s dětmi a dospívajícími v paliativní péči	21	33,9 %
Zvládání vlastních emocí a prevence syndromu vyhoření	20	32,3 %
Práce s rodinou v těžkých životních situacích	20	32,3 %
Kulturní a náboženské aspekty péče	17	27,4 %
(Jiné – medicínská edukace, školení odborníky apod.)	2	3,2 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Další potřebné znalosti (č. 10): Respondenti označili také okruhy, ve kterých by uvítali další vzdělání pro práci v paliativní péči. Nejčastěji zmiňují potřebu prohloubit znalosti etických otázek a dilemat v paliativní péči (25; 40,3 %). Významné je také téma specifík práce s dětmi a dospívajícími v paliativní péči (21; 33,9 %) – tedy jak pracovat s nevléčitelně nemocnými dětmi a jejich rodinami. Stejně tak kolem 20 respondentů zdůraznilo zvládání vlastních emocí a prevenci syndromu vyhoření (20; 32,3 %) a práci s rodinou v těžkých životních situacích (20; 32,3 %). Poněkud méně, ale stále často, zazněla potřeba znalostí o kulturních a náboženských aspektech péče (17; 27,4 %). Ojediněle respondenti 2 (3,2 %) zmínili i *edukaci v paliativní medicíně* či *možnost vzdělávání odborníky z praxe*, což naznačuje poptávku po propojení se zdravotnickým pohledem.

Tabulka 9 Preferované formy dalšího vzdělávání

Preferované formy dalšího vzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Praxe a stínování zkušených kolegů	27	43,5 %
Workshopy a semináře	22	35,4 %
Webináře a online kurzy	20	32,2 %
Knihy a samostudium	19	30,6 %
Studium případových kazuistik	15	24,2 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Preferované formy vzdělávání (č. 11): Pokud jde o formy rozvoje dovedností, respondenti upřednostňují praktické formy učení. Nejvíce respondentů označilo praxi a stínování zkušených kolegů (27; 43,5 %) jako ideální způsob vzdělávání. Dále jsou populární workshopy a semináře (22; 35,4 %) a také webináře či online kurzy (20; 32,2 %). Nezanedbatelný počet zmiňuje samostudium z knih (19; 30,6 %) a studium případových kazuistik (15; 24,2 %).

Tabulka 10 Faktory kvality práce sociálního pedagoga

Faktory kvality práce sociálního pedagoga	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Podpora ze strany zaměstnavatele	23	37,1 %
Dostatek času na práci s klienty a rodinami	23	37,1 %
Kvalitní týmová spolupráce	21	33,9 %
Možnost supervize a konzultací	21	33,9 %
Dostatečná odborná příprava (vzdělání)	17	27,4 %
(Jiné – např. specializace na sociální pedagogiku)	1	1,6 %

(zdroj: vlastní)

Faktory ovlivňující kvalitu práce (č. 12): Na kvalitu práce sociálního pedagoga v paliativní péči mají dle respondentů největší vliv podpora ze strany zaměstnavatele (23; 37,1 %) a dostatek času na práci s klienty a rodinami (23; 37,1 %). Dále byla zmíněna kvalita týmové spolupráce (21; 33,9 %) a možnost supervize a konzultací (21; 33,9 %). Pro 17 (27,4 %) respondentů je faktorem i dostatečná odborná příprava (tedy kvalitní vzdělání). Jeden respondent uvedl v možnosti jiné „specializace na sociální pedagogiku. Jeden respondent (1,6 %) uvedl v možnosti jiné „specializace na sociální pedagogiku.”

Tabulka 11 Četnost krizových intervencí

Četnost krizových intervencí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	10	16,1 %
Zřídka (méně než 1× měsíčně)	23	37,1 %
Občas (cca 1× měsíčně)	17	27,4 %
Pravidelně (denně či týdně)	12	19,4 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Četnost krizových intervencí (č. 13): Většina sociálních pedagogů nepotřebuje využívat krizovou intervenci denně či týdně, ale čas od času. *Zřídka* (méně než jednou za měsíc) ji využívá 23 respondentů (37,1 %) a *občas* (cca měsíčně) 17 (27,4 %). Pravidelně (denně či týdně) zasahuje v krizi 12 pedagogů (19,4 %), zatímco 10 (16,1 %) uvedlo, že *nikdy* takovou potřebu neměli.

Tabulka 12 Dostupnost supervize

Dostupnost supervize	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi dobře dostupná (pravidelná, snadná dostupnost)	14	22,6 %
Dobrá, ale ne vždy pravidelná	18	29,0 %
Nedostatečná (omezená nebo obtížná dostupnost)	24	38,7 %
Nedostupná	6	9,7 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Dostupnost supervize (č. 14): Odpovědi na otázku ohledně supervize ukazují poměrně nerovnoměrné podmínky napříč pracovišti. Pouze 14 pedagogů (22,6 %) má supervizi „*velmi dobře*“ – *pravidelně a snadno dostupnou*. Dalších 18 (29,0 %) ji hodnotí jako *dobrou, ale ne vždy pravidelnou*. To znamená, že dohromady zhruba 55 % má supervizi aspoň v nějaké míře dostupnou. Naproti tomu 24 respondentů (38,7 %) označilo dostupnost supervize jako *nedostatečnou* (omezenou nebo obtížně dostupnou) a 6 (9,7 %) dokonce, že supervize je *nedostupná*.

4.7.3 Srovnání teoretických předpokladů s reálnou praxí

Tabulka 13 Hodnocení teorie vs. praxe

Hodnocení teorie vs. praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Teoretická příprava plně odpovídá praxi	13	21,0 %
Teoretická příprava je spíše dostačující, ale má nedostatky	19	30,6 %
Teoretická příprava je spíše nedostatečná	17	27,4 %
Teoretická příprava neodpovídá praktickým požadavkům	13	21,0 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Vnímání rozdílu teorie a praxe (č. 15): Odpovědi naznačují značné rozdíly v tom, jak pedagogové hodnotí svou teoretickou přípravu ve vztahu k požadavkům praxe. Přibližně polovina respondentů (32 z 62; 51,6 %) uvedla, že jejich teoretická příprava je alespoň převážně dostačující – z toho 13 (21 %) ji dokonce vnímá jako „plně odpovídající praxi“ a 19 (30,6 %) ji označilo za „spíše dostačující, ale s nedostatky“. Naproti tomu druhá polovina (30; 48,4 %) považuje přípravu za nedostatečnou – 17 (27,4 %) „spíše nedostatečnou“ a 13 (21,0 %) tvrdí, že „teoretická příprava neodpovídá praktickým požadavkům“ vůbec.

Tabulka 14 Nejčastější výzvy v praxi

Nejčastější výzvy v praxi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nedostatek času na pacienty a rodiny	17	27,4 %
Emoční a psychické nároky práce	16	25,8 %
Složitá komunikace s rodinami	15	24,2 %
Nedostatek zdrojů a podpory v organizaci	13	21,0 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Nejčastější výzvy v praxi (č. 16): Každodenní praxe s sebou nese řadu výzev, které často přesahují rámec teoretické výuky. Nejčastěji pedagogové zmiňují *nedostatek času na pacienty a rodiny* (17 odpovědí, 27,4 %) a *velké emoční a psychické nároky práce* (16; 25,8 %). Také *složitá komunikace s rodinami pacientů* je častým problémem (15; 24,2 %) a 13 (21,0 %) respondentů uvádí *nedostatek zdrojů a podpory* v organizaci.

Tabulka 15 Co by pomohlo lepší přípravě

Co by pomohlo lepší přípravě	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Více vzdělávání o právních a sociálních systémech	33	53,2 %
Větší zaměření na krizovou intervenci	25	40,3 %
Větší důraz na praktický výcvik během studia	24	38,7 %
Větší přístup ke kurzům a dalšímu vzdělávání (průběžné)	22	35,5 %
(Jiné – např. specializace studia na paliativní péči)	1	1,6 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Co by pomohlo lepší přípravě (č. 17): Na otázku, co by nejvíce pomohlo lépe připravit sociální pedagogy na praxi v paliativní péči, respondenti reagovali velmi konkrétně. Zvýšení vzdělávání o právních a sociálních systémech zmínilo 33 z 62 (53,2 %) pedagogů – je to nejčastější požadavek. Více než třetina také volá po větším zaměření na krizovou intervenci (25; 40,3 %) a větším důrazu na praktický výcvik během studia (24; 38,7 %). Dále 22 (35,5 %) respondentů uvádí potřebu většího přístupu ke kurzům a dalšímu vzdělávání (průběžné zvyšování kvalifikace). Jeden respondent (1,6 %) uvedl v možnosti jiné „specializace na sociální pedagogiku.“

Tabulka 16 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření (otázky 18–22)

Otázka	Téma	Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18	Komunikace v týmu	Výborná	16	25,8 %
		Dobrá, ale je možné zlepšení	25	40,3 %
		Průměrná (někdy ztěžuje práci)	12	19,4 %
		Nedostatečná (komplikuje péči)	5	8,1 %
19	Vzdělávací potřeby	Zvládání vyhoření	19	30,6 %
		Duševní zdraví a well-being	18	29,0 %
		Komunikace v obtížných situacích	18	29,0 %
		Podpora rodin v krizi	14	22,6 %
		Medicínské aspekty paliativy	14	22,6 %
		Etická dilemata	13	21,0 %
		Kulturní senzitivita	13	21,0 %
		Řízení času v náročných situacích	13	21,0 %
		Práce s dětmi a adolescenty	12	19,4 %
20	Emoční zátěž	Velmi často	8	12,9 %
		Často	21	33,9 %
		Příležitostně	19	30,6 %

		Skoro nikdy	10	16,1 %
21	Dostupnost podpory	Ano, vždy	18	29,0 %
		Ano, většinou	24	38,7 %
		Spíše ne	9	14,5 %
		Ne	7	11,3 %
22	Profesní rozvoj	Výborné možnosti	12	19,4 %
		Dobré, ale s rezervami	19	30,6 %
		Omezené možnosti	18	29,0 %
		Nedostatečné	9	14,5 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Komunikace v týmu (č. 18): Většina pedagogů hodnotí komunikaci v multidisciplinárním týmu pozitivně, byť s rezervami. Jako „dobrou, ale je možné zlepšení“ ji popsalo 25 z 62 odpovídajících (40,3 %). Dalších 16 (25,8 %) ji vnímá dokonce jako „výbornou“, která přispívá ke kvalitě péče. Naopak 12 (19,4 %) uvedlo „průměrnou, která někdy ztěžuje práci“ a 5 (8,1 %) „nedostatečnou“, jež komplikuje péči. Celkem tedy asi 66 % hodnotí týmovou komunikaci kladně, zatímco necelá třetina vidí problémy. Zdá se, že komunikační kultura v týmech je převážně dobrá, což pomáhá v praxi lépe spolupracovat. Ti, kdo zažívají horší komunikaci, to vnímají jako faktor komplikující jejich práci (jak naznačily i odpovědi k výzvám v praxi – obtížná komunikace s rodinami či týmem).

Další vzdělávací potřeby pro praxi (č. 19): K doplnění teoretické přípravy pedagogové také navrhli konkrétní témata, která by měla být do vzdělávání zahrnuta. Nejčastěji zmiňují zvládání syndromu vyhoření (19; 30,6 %) a s tím související péči o vlastní duševní zdraví a well-being (18; 29,0 %). Stejně tolik (18; 29,0 %) jich chce prohloubit pokročilé komunikační dovednosti pro obtížné situace. Dále 14 respondentů zmínilo podporu pacientů a rodin v krizových situacích (tj. praktické krizové intervence) a 14 (22,6 %) také více informací o medicínských aspektech paliativní péče – tedy lepší porozumění zdravotnické stránce věci. Shodně po 13 (21,0 %) odpovědích mají témata etických dilemat v péči, kulturní senzitivity a práce s různými skupinami a organizace a řízení času v náročných situacích. A 12 (19,4 %) pedagogů by uvítalo více o práci s dětmi a mladistvými v paliativní péči. Tyto odpovědi reflektují, že v praxi narážejí na náročné situace (riziko vyhoření, komunikace s rodinami, kulturní rozdíly, etická rozhodnutí), na které by ocenili cílené doplňující vzdělání. Zejména péče o sebe samé (well-being) a předcházení vyhoření jsou vnímány jako kriticky důležité – což koresponduje s tím, že polovina respondentů se cítí často emočně přetížena (viz dále).

Emoční a psychická zátěž (č. 20): Práce v paliativní péči je náročná – v průzkumu plných 29 respondentů z 62 (46,8 %) uvedlo, že se cítí být emočně či psychicky přetížení „často“ nebo „velmi často“. Konkrétně „často“ odpovědělo 21 (33,9 %) a „velmi často“ 8 pedagogů (12,9 %). Dalších 19 (30,6 %) zaškrtnulo, že přetížení pociťují „příležitostně“, a jen 10 (16,1 %) „skoro nikdy“. To znamená, že polovina pracovníků pravidelně bojuje s psychickou zátěží, a pouze každý šestý tuto zátěž téměř necítí. Tento výsledek podtrhuje, jak důležité je mít zajištěnu podporu a péči o duševní zdraví pracovníků – jinak hrozí syndrom vyhoření, který byl také často zmiňován mezi vzdělávacími potřebami.

Dostupnost podpory (č. 21): Naštěstí většina respondentů uvádí, že má k dispozici aspoň nějakou podporu pro zvládání emočních nároků práce. „Ano, většinou“ odpovědělo 24 pedagogů (38,7 %) a „Ano, vždy“ dalších 18 (29,0 %). Ovšem 9 (14,5 %) řeklo, že „spíše ne“, a 7 (11,3 %) že nemá dostatek podpory.

Profesní rozvoj – příležitosti (č. 22): V oblasti dalšího profesního rozvoje v paliativní péči nejsou názory jednotné. Jako „výborné, nabízející vše potřebné“ je hodnotí 12 respondentů (19,4 %). Dalších 19 (30,6 %) je vidí „dobré, ale s rezervami“. Nicméně 18 (29,0 %) označilo rozvojové příležitosti za „omezené, nedostatečné možnosti“ a 9 (14,5 %) dokonce za „nedostatečné“. To znamená, že téměř polovina respondentů není spokojená s možnostmi dalšího vzdělávání a růstu ve svém oboru – buď jich je málo, nebo nejsou dostupné. Mírně nadpoloviční většina (59,6 %) sice říká, že jsou dobré či výborné, ale i oni často dodávají, že jsou zde určitá omezení.

Tabulka 17 Motivace k práci v paliativní péči

Motivace k práci v paliativní péči	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Možnost uplatnit své odborné znalosti a dovednosti	25	40,3 %
Smysluplnost a hluboké naplnění z práce	22	35,5 %
Podpora lidské důstojnosti v závěru života	22	35,5 %
Pomoc pacientům a jejich rodinám v náročném období	20	32,3 %
Osobní rozvoj a získání nových zkušeností	20	32,3 %
Spolupráce v multidisciplinárním týmu	16	25,8 %
Jiné (další individuální motivace, neuvedeno konkrétně)	8	12,9 %
Žádná z uvedených (respondent neuvádí žádnou z těchto motivací)	4	6,5 %

(zdroj: vlastní, 2025)

Motivace k práci v paliativní péči (č. 23): Navzdory všem zmíněným obtížím a limitům vykonávají sociální pedagogové svou práci z významných vnitřních pohnutek. Mezi největší motivace patří možnost uplatnit své odborné znalosti a dovednosti (25; 40,3 % odpovědí) – tedy využít svou kvalifikaci smysluplně. Velmi silně je zastoupena také smysluplnost a hluboké naplnění z práce (22; 35,5 %) a podpora lidské důstojnosti v závěru života (22; 35,5 %). Dále 20 (32,3 %) respondentů uvádí pomoc pacientům a jejich rodinám v náročném období jako svůj hnací motiv a stejný počet zmiňuje osobní rozvoj a získání nových zkušeností. Méně často zaznívá spolupráce v multidisciplinárním týmu (16; 25,8 %). 8 (12,9 %) lidí zaškrtnulo i možnost „*Jiné*“ (další motivace – bohužel blíže nespecifikované v datech) a 4 (6,5 %) uvedli „*Ne*“ – tedy žádná z nabízených motivací se jich netýká.

5 ZÁVĚREČNÉ SHRUTÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti sociálních pedagogů v rámci poskytování paliativní a hospicové péče, a to z pohledu očekávání, potřebných kompetencí, souladu teorie s praxí a potřeb dalšího vzdělávání. Za tímto účelem jsme formulovali hlavní výzkumnou otázku:

Jaké jsou zkušenosti sociálních pedagogů v rámci poskytování paliativní a hospicové péče?

K jejímu zodpovězení jsme využili tři dílčí výzkumné otázky:

Otázka č. 1: S jakými očekáváními se sociální pedagogové setkávají při vykonávání své profese v paliativní a hospicové péči? Tuto oblast jsme zkoumali pomocí otázek z dotazníku č. 3, 4, 5 a 6.

Z výsledků vyplývá, že od sociálních pedagogů se v praxi čeká především mezilidská a komunikační podpora a praktická pomoc. Hlavní roli vidí v komunikaci mezi všemi zúčastněnými a v poskytování emocionální opory. Rodiny zároveň požadují, aby pedagog usnadnil orientaci v dostupných službách a pomohl řešit praktické i krizové situace. Sociální pedagog tak má být prostředníkem, který spojuje zdravotní péči se sociální podporou, informuje rodinu a pomáhá jí zvládat zátěž. Většina respondentů tuto roli hodnotí jako důležitou, což potvrzuje obecný trend vnímat sociální pedagogiku jako nezbytnou součást paliativní péče. Přesto existuje malá skupina skeptiků, kteří význam této role nevidí – to se promítlo v jejich odpovědích (nevidí žádné úkoly a roli označili za nedůležitou). Celkově však převažuje očekávání aktivní a podpůrné role sociálního pedagoga, který významně přispívá ke kvalitě péče o pacienta i rodinu.

Otázka č. 2: Jaké hlavní kompetence a dovednosti považují sociální pedagogové za nezbytné k efektivnímu působení v paliativní a hospicové péči? Tato otázka byla ověřována pomocí dotazníkových položek č. 7 až 14.

Zdůrazňovali, že teoretické znalosti nejsou dostačující samy o sobě – klíčová je schopnost tyto dovednosti aplikovat v praxi. Sociální pedagogové v paliativní péči považují za klíčové zejména měkké dovednosti jako je empatie a komunikace, ale také odborné a praktické schopnosti typu krizové intervence a orientace v sociálních systémech. Ukazuje se, že pro efektivní působení je nezbytná kombinace empatického přístupu, schopnosti řešit

krizové situace a dobré organizační schopnosti. Zajímavé je, že kompetence byly hodnoceny vyváženě – všechny uvedené (empatie, komunikace, krize, plánování, právní znalosti) oslovily kolem jedné třetiny až poloviny respondentů, což naznačuje, že role sociálního pedagoga je velmi komplexní a vyžaduje široké spektrum dovedností. Zhruba dvě třetiny pedagogů cítí, že jejich příprava na praxi byla alespoň dostatečná, ale třetina vnímá mezery. Tyto mezery se promítají i do oblastí, které chtějí dále rozvíjet – zejména týmová spolupráce, zvládání zátěže a komunikace. Velký důraz kladou na praktické vzdělávání formou praxe, což signalizuje, že teoretická průprava musí být doplněna reálnou zkušeností. Také faktory jako podpora zaměstnavatele, časové možnosti a dostupnost supervize výrazně ovlivňují, jak mohou své kompetence uplatnit. Celkově lze říci, že klíčovými předpoklady pro efektivní působení sociálního pedagoga v hospicové péči jsou všestranné dovednosti (od empatie po znalost systému) a podmínky umožňující tyto dovednosti naplno využít (podpora, tým, supervize).

Otázka č. 3: Liší se teoretické předpoklady o profesi sociálních pedagogů v paliativní a hospicové péči od jejich skutečných zkušeností v praxi? A jsou nuceni doplňovat si svou teoretickou průpravu? Tuto oblast jsme ověřovali pomocí otázek č. 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22 a 23.

Výsledky ukazují, že většina sociálních pedagogů pocítuje určitý rozdíl mezi tím, co se naučili, a realitou praxe – ať už menší či větší. Jen pětina necítí téměř žádný rozdíl. Zásadním zjištěním je, že pedagogové volají po větším zaměření na praktické dovednosti a konkrétní témata, která v původním vzdělání nebyla dost akcentována (krizová intervence, právní a sociální systém, sebek péče proti vyhoření apod.). Zároveň se ukazuje, že reálná praxe je velmi náročná emočně i organizačně – polovina z nich je často pod velkým tlakem a třetině chybí dostatečná podpora.

Pozitivní je, že na mnoha pracovištích funguje dobrá týmová komunikace a většina pedagogů má aspoň nějakou podporu a možnosti rozvoje. Ti, kteří tuto oporu mají, také méně pocítují nesoulad teorie a praxe. Naproti tomu tam, kde chybí supervize či podpora, se problémy prohlubují (více přetížení, větší pocit nepřipravenosti). To potvrzuje, že další vzdělávání a podpora v praxi jsou klíčové pro překlenutí mezer z formální přípravy.

Respondenti jednoznačně vyjádřili potřebu dalšího vzdělávání – ať už formou kurzů, nebo sdílení zkušeností – cíleného na konkrétní oblasti (komunikace, zvládání zátěže, právní

vědomí, dětská paliativní péče, etika atd.). Dá se říci, že formální vzdělání položilo základ, ale praxe klade další požadavky, takže pedagogové musí pokračovat v učení se novým kompetencím přímo za pochodu. Jejich vnitřní motivace (pomáhat, naplnit poslání) je vysoká, což je pozitivní – právě silná motivace jim pomáhá vyrovnat se s obtížemi. Zároveň však tato motivace může vést k sebeobětování, pokud není vyvážena systémovou podporou. Proto sami zdůrazňují nutnost dbát na prevenci vyhoření a psychohygienu.

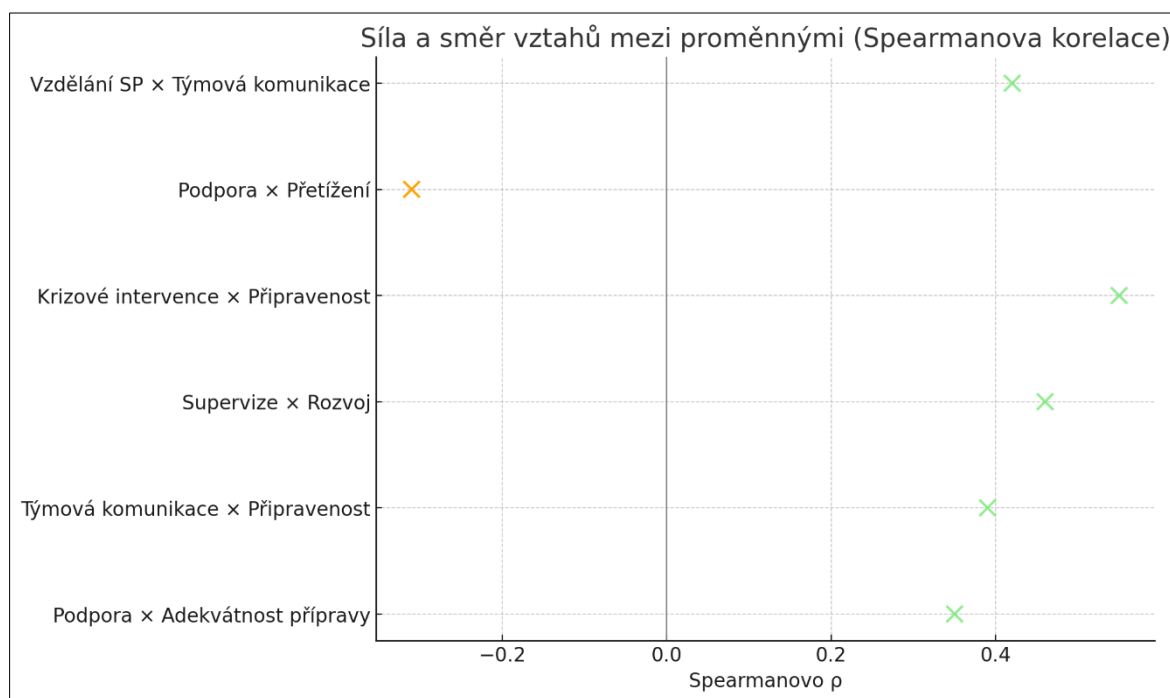
Dále bylo zjištěno, že většina pedagogů je nucena doplňovat si odborné vzdělání. Nejčastěji se vzdělávají v krizové intervenci, komunikaci, znalosti sociálního systému a péči o vlastní duševní zdraví. Vzdělávání probíhá formou supervizí, workshopů, webinářů a odborných kurzů.

5.1 Analýza souvislostí mezi očekáváními, kompetencemi a praxí

V další fázi výzkumu jsme se soustředili na analýzu souvislostí mezi vybranými kvantitativními ukazateli získanými z dotazníkového šetření. Cílem bylo hlouběji porozumět vztahům mezi tím, jak pedagogové vnímají svou roli a očekávání s ní spojená, jejich kompetencemi a připraveností, a také rozdíly, které pociťují mezi teoretickou přípravou a reálnou praxí. Níže představujeme přehled některých významných korelací zjištěných pomocí Spearmanova korelačního koeficientu (ρ):

Tabulka 18 Korelační analýza dle Spearman ρ

Vztah proměnných	Spearman ρ	Interpretace vztahu
Dostatek podpory (č. 21) × Vnímaná adekvátnost přípravy (č. 15)	+0,35	Lepší podpora souvisí s menším pocitem mezery v přípravě
Kvalita týmové komunikace (č. 18) × Pocit připravenosti (č. 8)	+0,39	Lepší komunikace v týmu souvisí s vyšším pocitem připravenosti
Dostupnost supervize (č. 14) × Možnosti rozvoje (č. 22)	+0,46	Kde je dostupná supervize, tam jsou lepší možnosti dalšího rozvoje
Četnost krizových intervencí (č. 13) × Pocit připravenosti (č. 8)	+0,55	Kdo se cítí dobře připraven, ten častěji vykonává krizové intervence v praxi
Dostatek podpory (č. 21) × Pocit přetížení (č. 20)	−0,31	Menší podpora souvisí s častějším pocitem psychického přetížení
Vzdělání v oboru SP (č. 2) × Kvalita týmové komunikace (č. 18)	+0,42	Pedagogové se spec. vzděláním častěji vnímají komunikaci v týmu jako kvalitní



Graf 1 Spearmanův korelační koeficient (zdroj: vlastní)

Graf znázorňuje sílu a směr vztahů mezi dvojicemi proměnných pomocí Spearmanova korelačního koeficientu ρ ve formě bodového grafu.

- **Nejsilnější pozitivní vztah** je mezi *četností krizových intervencí a pocitem připravenosti* ($\rho = +0,55$): čím lépe se pracovník cítí připraven, tím častěji se zapojuje do krizových intervencí.
- **Nejsilnější negativní vztah** je mezi *dostatkem podpory a pocitem přetížení* ($\rho = -0,31$): méně vnímané podpory souvisí s větším psychickým přetížením.
- Ostatní vztahy se pohybují v mírně až středně silném pásmu pozitivní korelace.

Z korelační analýzy vyplývá několik zajímavých trendů:

Podpora vs. teorie vs. přetížení:

Míra podpory, kterou pedagog v práci má, úzce souvisí s tím, jak zvládá praktické nároky. Ti, kdo uvedli, že mají dostatek podpory (supervize, kolegové, vedení), zároveň méně často cítí rozdíl mezi teorií a praxí ($\rho \approx +0,35$). Zřejmě proto, že podpůrné zázemí jim pomáhá překlenout mezery ve znalostech či dovednostech. Naopak nedostatek podpory vede k častějšímu přetížení ($\rho \approx -0,31$), tedy pedagogové bez opory častěji zažívají stres a vyhoření. Lze to chápat tak, že podpora funguje jako ochranný faktor, který zmírňuje dopady náročné praxe a nedostatků ve vzdělání.

Týmová spolupráce a připravenost:

Kvalitní komunikace v multidisciplinárním týmu pozitivně koreluje s tím, že se pedagog cítí dobře připraven na svou práci ($\rho \approx +0,39$). Pokud tým dobře komunikuje, pedagog má patrně více informací, může se učit od kolegů a cítí se jistější. Podobně se ukázalo, že dostupnost supervize jde ruku v ruce s vnímanými možnostmi profesního rozvoje ($\rho \approx +0,46$) – organizace, které nabízejí supervizi, často nabízejí i jiné vzdělávací příležitosti. Tyto korelace zdůrazňují význam organizační kultury a týmového prostředí: kde funguje tým a podpora, tam se pracovníci cítí kompetentnější a vidí více příležitostí ke zlepšení.

Vzdělání a tým:

Zajímavou vazbou je korelace mezi dosaženým vzděláním v oboru sociální pedagogiky a hodnocením týmové komunikace ($\rho \approx +0,42$). Pedagogové s vysokoškolským vzděláním přímo v oboru (či vyšším vzděláním obecně) hodnotí komunikaci v týmu lépe. Možným vysvětlením je, že specializovaně vzdělaní pedagogové častěji působí v etablovaných paliativních týmech, kde komunikace již dobře funguje, zatímco ti bez specializace mohou pracovat v prostředí, kde jejich role není tak jasně vymezena (a komunikace vážne). Nebo také vyšší vzdělání může zlepšovat schopnost navazovat efektivní komunikaci v týmu.

Kompetence vs. uplatnění v praxi:

Poměrně silná korelace ($\rho \approx +0,55$) se objevila mezi tím, jak se pedagog cítí připraven (subjektivně) a jak často ve své praxi skutečně řeší krizové situace. Ti, kdo se hodnotí jako dobře připravení, uvádějí častější využití krizové intervence. To může znamenat, že dobře připravení pracovníci se nebojí aktivně pouštět do náročných situací, případně jsou jimi pověřováni. Naopak ti, kdo se necítí kompetentní, možná krizové zásahy spíše přenechají jiným nebo se s nimi ani nesetkají (např. pracují v méně exponovaných rolích). Tato vazba naznačuje, že subjektivní pocit kompetence ovlivňuje i reálné zapojení do nejtěžších úkolů.

Soulad očekávání a kompetencí:

Z kvalitativního srovnání odpovědí lze vidět, že to, co pedagogové vnímají jako očekávání ze strany pacientů/rodin, odpovídá tomu, jaké kompetence považují za důležité. Například: mezi čtyřmi nejčastěji uváděnými očekáváním rodin (č. 5) bylo *poskytování emocionální podpory a pomoc v krizových situacích* – a stejně tak mezi nejčastěji uváděnými klíčovými kompetencemi (č. 7) byla *empatie/naslouchání* a *krizová intervence*. Podobně očekávání „*poskytovat informace a orientaci v systému*“ se odráží v kompetenci „*znalost sociálních*

systemů“. Tento soulad naznačuje, že pedagogové si uvědomují očekávání praxe a snaží se mít odpovídající dovednosti, případně pocítují potřebu je doplnit.

Role a podmínky vs. vnímání teorie:

Je zajímavé, že hodnocení důležitosti role sociálního pedagoga (č. 4) příliš nekoreluje s tím, jak vnímají svou připravenost či rozdíl teorie a praxe – korelační koeficienty byly velmi nízké (prakticky nulové). To znamená, že i pedagogové, kteří roli považují za velmi důležitou, mohou zároveň kritizovat svou přípravu, a naopak ti, kdo roli nevidí jako významnou, nemusejí nutně říkat, že byli špatně připraveni (často totiž celou oblast považují za zbytečnou, takže jim teorie možná přišla dostatečná pro něco, co podle nich ani nemá náplň). Tento rozpor okrajové skupiny však nemá velký vliv na celkový trend. Daleko podstatnější se ukazují výše zmíněné faktory podpory a týmového prostředí.

6 DISKUZE

Diskuse se věnuje interpretaci výsledků výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na zkušenosti sociálních pedagogů působících v oblasti paliativní a hospicové péče. Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou postoje, zkušenosti a potřeby pracovníků v oblasti hospicové a paliativní péče ve vztahu k roli sociálního pedagoga, ale také porovnat tato zjištění s očekáváními, která jsou na tuto profesi kladena, s požadovanými kompetencemi a s úrovní teoretické přípravy, kterou získali během studia.

Výsledky, ke kterým jsme došli, zároveň poukazují na potřebu dalšího profesního vzdělávání, které by lépe odpovídalo specifickým nárokům této náročné oblasti. Diskuse se proto zaměřuje na propojení zjištěných výsledků s odbornou literaturou a dřívějšími studiemi, a snaží se zhodnotit míru jejich souladu, případně odlišností. Tímto způsobem se otevírá prostor k hlubšímu pochopení možností a limitů uplatnění sociálních pedagogů v kontextu péče o osoby v terminálním stádiu života.

Zajímalo nás, jaké o sociální pedagogové vnímají požadavky a očekávání, která na ně kladou jejich role v oblasti paliativní a hospicové péče, a to jak ze strany klientů, rodin, tak i od ostatních členů multidisciplinárního týmu. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že se od sociálních pedagogů v rámci paliativní a hospicové péče očekává především poskytování emocionální podpory pacientům a jejich rodinám, dále pomoc s orientací v systému sociálních služeb a zprostředkování komunikace mezi pacientem, zdravotnickým týmem a rodinnými příslušníky. Část respondentů také uvedla, že veřejnost často nemá o jejich profesi jasnou představu, což vede k nejednoznačnému vnímání jejich kompetencí a k nereálným očekáváním.

Podobné závěry uvádí například diplomová práce *Role sociálního pracovníka v paliativní péči* (Špilháčková, 2020), kde je popsáno, že nelékařské profese se často stávají oporou pro rodiny i pacienty, avšak nejsou vždy zcela srozumitelně zakotveny v týmu. Klade se důraz na komunikaci, podporu rodiny a na to, že sociální pracovníci bývají první, kdo pomáhá rodině zorientovat se v nové situaci.

Otázka zaměřená na potřebné kompetence a dovednosti sociálních pedagogů se věnuje identifikaci klíčových kompetencí a dovedností, které jsou nezbytné pro efektivní výkon jejich role v této specifické oblasti péče. Pozornost bude věnována také případným deficitům a potřebám v oblasti profesního rozvoje.

Sociální pedagogové označili za nejdůležitější kompetence pro výkon své profese v paliativní a hospicové péči následující dovednosti: krizovou intervenci, empatii a aktivní naslouchání, komunikační schopnosti (zejména při rozhovorech o těžkých tématech), orientaci v systému sociálních služeb a právních předpisech, schopnost spolupráce v týmu a psychickou odolnost. Zároveň uvedli, že teoretické znalosti nejsou dostačující samy o sobě a že důraz je třeba klást na praktické uplatnění těchto dovedností v náročných životních situacích.

K podobným závěrům dospívá také Bužgová (2015) ve své publikaci *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*, kde uvádí, že schopnost efektivní komunikace, zvládání krizí a poskytování emocionální opory tvoří jádro kvalitní péče o umírající. Šimon (2018) v knize *Smrt jako součást života* popisuje potřebu psychické odolnosti pracovníků a jejich schopnost regulovat vlastní emoce, což je důležité nejen pro samotného klienta, ale také pro udržení duševní rovnováhy pracovníka. Zahraniční doporučení např. WHO (2018) nebo EAPC (European Association for Palliative Care) zmiňují tzv. „core competencies“, mezi které řadí právě dovednosti v oblasti *emotional care*, *communication skills* a *interdisciplinary cooperation*. Naše výsledky tedy souhlasí s výsledky ostatních autorů. Sociální pedagogové tyto klíčové dovednosti vnímají jako zásadní pro svou profesní činnost.

Co je zajímavé, je soulad mezi teorií a praxí, tedy do jaké míry odpovídá teoretická příprava získaná během studia praktickým nárokům a situacím, se kterými se sociální pedagogové v oblasti paliativní a hospicové péče setkávají. Zde je viditelný rozpor, protože více než polovina respondentů uvedla, že jejich pregraduální příprava byla nedostačující a že se museli s mnoha praktickými výzvami (např. komunikace o smrti, zvládání emocí, právní problematika) potýkat až po nástupu do praxe. Respondenti nejčastěji doplňovali své vzdělání v oblastech krizové intervence, komunikace, orientace v sociálním systému a péče o vlastní duševní zdraví. Formami dalšího vzdělávání byly především supervize, odborné kurzy, workshopy a webináře.

Podobná zjištění se objevují v práci *Možnosti uplatnění sociálního pedagoga v hospicové péči* (Zárubová, 2021), kde autorka konstatuje, že vzdělávací programy připravují studenty velmi obecně a bez důrazu na specifika paliativní péče. Tento deficit vede po nástupu do praxe k pocitům nepřipravenosti a nejistoty. Rovněž teoretická zpráva organizace *Cesta domů* (2019) uvádí, že většina nelékařských pracovníků v oblasti péče o umírající absolvuje doplňkové vzdělávací kurzy (např. v krizové intervenci či komunikaci

s rodinami). Zahraniční studie publikované např. v *European Journal of Palliative Care* zdůrazňují, že profesionálové, kteří absolvovali specializovaný výcvik, jsou v týmu vnímáni jako plnohodnotní členové a jejich přínos k celostní péči je výraznější než u těch, kteří mají pouze obecné pedagogické či sociální vzdělání.

Tyto skutečnosti potvrzují potřebu systematizovat a rozšířit vzdělávací programy sociální pedagogiky o specializované moduly zaměřené na paliativní péči. Výsledky mého výzkumu tak nejen reflektují zkušenosti samotných pracovníků, ale i aktuální odborné trendy v oblasti mezioborové péče o pacienty v terminálním stadiu života.

Výsledky výzkumu dále poukázaly na významnou a dosud málo popsanou roli sociálních pedagogů v oblasti paliativní a hospicové péče. V oblasti očekávání je zřejmé, že od těchto odborníků se požaduje především schopnost poskytovat emocionální oporu, orientovat se v systému sociálních služeb a zajišťovat komunikaci mezi různými aktéry péče. Tyto požadavky jsou však často zatíženy nejistým nebo vágním chápáním jejich profese ze strany veřejnosti i některých kolegů, což může vést k nejasnému profesnímu vymezení. V oblasti kompetencí bylo potvrzeno, že nejdůležitějšími dovednostmi jsou krizová intervence, komunikační schopnosti, empatie a psychická odolnost – tedy schopnosti, které jsou důležité nejen pro klienty, ale také pro udržitelnost samotného výkonu profese. Nejvýraznější zjištění však přinesla otázka souladu mezi teoretickou přípravou a realitou v praxi, kde byla potvrzena potřeba dalšího vzdělávání. Výsledky ukazují, že současné vysokoškolské kurikulum sociální pedagogiky často neobsahuje dostatečně specifické prvky přípravy na práci s umírajícími, což vede ke zvýšeným nárokům na samostudium, supervizi a profesní rozvoj po nástupu do praxe. Všechny tyto oblasti – očekávání, kompetence i vzdělávání – spolu úzce souvisí a ukazují na nutnost hlubšího ukotvení profese sociálního pedagoga v systému paliativní péče a vytvoření rámců, které podpoří jeho efektivní působení v této citlivé oblasti.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumu lze formulovat následující doporučení, která mohou napomoci efektivnějšímu využití sociálních pedagogů v oblasti paliativní a hospicové péče:

1. **Zavedení specializovaných vzdělávacích modulů** v rámci studijních programů sociální pedagogiky, které by reflektovaly specifika práce s umírajícími, podporu pozůstalých a mezioborovou spolupráci.
2. **Rozšíření nabídky odborného dalšího vzdělávání** zaměřeného na krizovou intervenci, práci s emocemi, komunikaci o náročných tématech, právní rámec paliativní péče a péči o duševní zdraví pracovníků.
3. **Zvýšení informovanosti o roli sociálního pedagoga** mezi zdravotnickými pracovníky, klienty i širší veřejností s cílem snížit nejasnosti o kompetencích a posílit profesní identitu těchto pracovníků.
4. **Podpora multidisciplinárních týmů**, v nichž by měl sociální pedagog zastávat stabilní a respektovanou roli zaměřenou na psychosociální péči, prevenci vyhoření klientů i personálu a edukaci rodin.
5. **Zajištění pravidelné supervize** pro pracovníky v přímé péči, která by umožnila reflexi náročných situací, sdílení zkušeností a osobnostní podporu.
6. **Podpora výzkumu a sdílení dobré praxe**, aby bylo možné identifikovat úspěšné modely integrace sociálních pedagogů do paliativní péče a přispět k rozvoji systému založeného na potřebách klientů i profesionálů.
7. **Myšlenková mapa**, vizualizace usnadňuje pochopení souvislostí mezi očekáváním, kompetencemi a potřebami podpory, které se navzájem ovlivňují (Příloha P II).

7 ZÁVĚR

Tato diplomová práce si kladla za cíl zmapovat zkušenosti, postoje a potřeby sociálních pedagogů působících v oblasti paliativní a hospicové péče. Výzkumné šetření, realizované formou dotazníkového šetření mezi 62 respondenty, odhalilo důležité souvislosti mezi teorií a praxí a poukázalo na specifika i výzvy, které tato oblast přináší. Z výsledků vyplynulo, že sociální pedagogové jsou vnímáni jako významní poskytovatelé psychosociální podpory, zejména v oblasti komunikace, krizové intervence a emocionální opory pro pacienty i jejich blízké. Zároveň se však ukázalo, že jejich role není vždy v systému paliativní péče jednoznačně vymezena, což může vést k nedorozuměním nebo podcenění jejich profesního přínosu.

Za nejvýznamnější problém byla respondenty označena nedostatečná teoretická příprava v rámci vysokoškolského studia, která často neodpovídá nárokům praxe. Více než polovina respondentů uvedla, že se po nástupu do zaměstnání cítila nepřipravena na specifika práce s umírajícími a jejich rodinami. Zkušenosti zároveň potvrdily, že subjektivní pocit připravenosti má přímý dopad na chování v praxi – sebejistí pedagogové se častěji zapojují do náročnějších úkolů a lépe zvládají zátěžové situace.

Významným zjištěním je také to, že kvalitní pracovní podmínky – jako je týmová spolupráce, supervize a odborná podpora – dokáží zmírnit nedostatky ve vzdělání a přispívají k vyšší míře kompetence a profesní spokojenosti. Tam, kde tyto podmínky chybí, se negativní jevy kumulují – pracovníci se cítí méně připraveni a více vyčerpaní.

Obsah očekávání, kompetencí i potřeb dalšího vzdělávání na sebe navzájem navazuje. Oblasti jako komunikace, zvládání zátěže, krizová intervence či právní orientace se opakují napříč více částmi dotazníku, což naznačuje, že respondenti mají poměrně jasný obraz o své profesní roli. Vědí, jaké dovednosti potřebují, reflektují vlastní nedostatky a zároveň mají představu, kde je mohou dále rozvíjet – ať už prostřednictvím kurzů, workshopů, supervizí nebo samostudia.

Výsledky této práce jsou v souladu s odbornou literaturou a předchozími výzkumy, zároveň však přinášejí nový pohled na možnosti a limity profese sociálního pedagoga v českém kontextu. Zkušenosti z praxe potvrzují, že i přes emoční náročnost, složitou komunikaci s rodinami, orientaci v systému a nutnost psychické odolnosti většina respondentů považuje svou práci za smysluplnou a přínosnou – za předpokladu, že mají

zajištění dostatečnou podporu v týmu a příležitosti k dalšímu odbornému růstu. Výsledky tak významně přispívají k odborné diskusi o tom, jak profesi sociálního pedagoga lépe integrovat do systému paliativní péče a jaké nástroje mohou pomoci zefektivnit její uplatnění v praxi. Efektivní výkon této profese tak závisí nejen na široké škále znalostí a dovedností, ale také na existenci podpůrného a funkčního prostředí, kde se teorie a praxe mohou skutečně propojit.

Na závěr jsme vytvořili myšlenkovou mapu – vizualizaci, která usnadňuje pochopení souvislostí mezi očekáváním, kompetencemi a potřebami podpory. Tyto prvky se navzájem ovlivňují a jejich propojení přispívá k hlubšímu porozumění realitě práce sociálních pedagogů v paliativní a hospicové péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ASOCP, (2022). *Kdo je sociální pedagog? Kdo je sociální pedagog? » Asociace sociálních pedagogů*

BARTŮŇEK, P., PTÁČEK, R. a kol. (2023). *Soucit v medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha : Grada.

BAZGER, P. (2020). *Mediace*. Praha: Pointa.

BEDNAŘÍK, A. & ANDRÁŠIOVÁ, M. (2020). *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing.

BENDL, S. (2016). *Základy sociální pedagogiky*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.

BUŽGOVÁ, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra (Grada). Praha: Grada.

CABANOVÁ, V. (2019). On the phenomena of ageing and death from the perspective of humanities (the taboo of the phenomenon of death from the point of view of new tasks in pedagogical sciences) *Social Pathology and Prevention* 2019, 5 (2): 45-61 | DOI: 10.25142/spp.2019.013.

CESTA DOMŮ. (2019). *Psychosociální podpora v paliativní péči*. Cesta domů, <https://www.cestadomu.cz/odborne-texty>

CESTA DOMŮ. (2025). Cesta domů – poskytujeme odbornou péči umírajícím a jejich blízkým

EGER, L. & EGEROVÁ, D. (2022). *Metodologie výzkumu*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

ELICHOVÁ, M. (2017). *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. (2014). *Core competencies in palliative care education* [online]. EAPC, 2014 [cit. 2025-03-23]. Dostupné z: <https://www.eapcnet.eu>

FROUZ, J. & VINDUŠKOVÁ, O. (2018). *Čtení a psaní odborného textu v environmentálních vědách*. Karolinum.

HALFAROVÁ, T., CHALÁS, L. & KABAROVÁ, I. (2020). *Koncepce paliativní péče v Moravskoslezském kraji 2020–2025*.

https://www.msk.cz/assets/temata/zdravotnictvi/01_koncepce_paliativni_pece_1.pdf

HOLASOVÁ, L. (2021). Zpráva z konference Aktuální výzvy paliativní péče 2020 *Fórum sociální práce*, Special Issue, 62–65. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/125835>

HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B., HÁJKOVÁ, A., KREJČÍKOVÁ, H., BRUNEROVÁ, T., & LEJSAL, M. (2018). *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. Sue Ryder.

https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf

HRICOVÁ, A., ONDRÁŠEK, S. & URBAN, D. (2023). *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada.

CHERRY, K. (2023) *A Comprehensive Guide to the Bronfenbrenner Ecological Model*. [A Comprehensive Guide to the Bronfenbrenner Ecological Model](#)

CHRÁSKA, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada.

JEŽKOVÁ, A. (2022). *Smrt je přirozenou součástí života. Jak se s ní vyrovnat? (Rozhovor)*. Smrt je součástí života. Jak se s ní vyrovnat? (Rozhovor) | REFRESHER.cz

KISVETROVÁ, H. (2018). *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf.

KOUBOVÁ, M. (2017). Empatie i upřímnost. Komunikaci by měli zvládat nejen odborníci na paliativní péči, zatím jde ale o výjimku. In: *Zdravotnický deník*

KOPECKÝ, O., RUSÍNOVÁ, K., KOUBA, M. & MACOVÁ, I. (2019). Úloha paliativní medicíny u akutních stavů, *Vnitř Lék* 2019; 65(6): 449–455. [vnl.2019.079-libre.pdf](#)

KRAUS, B. (2014). *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál.

KUPKA, M. (2024). *Smrt a umírání v celostní perspektivě: psychologické, sociální a spirituální aspekty*. Psyché. Praha: Grada.

KUŘE, J. (2020). Etika rozhodování o zdravotní péči v závěru života *Časopis zdravotnického práva a bioetiky Journal of Medical Law and Bioethics* Vol 10, No 2. [3_Kuře_Etika+rozhodování+o+zdravotní+péči+v+závěru+života_zkor_revJK.pdf](#)

KUŠNÍROVÁ, J. (2020). Komplexní přístup k léčbě bolesti v paliativní péči, *Med. praxi* 2020; 17(2): 88–92

KÜBLER-ROSS, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Praha: Portál.

LORENZOVÁ, J. (2023). Edukační paradigma v sociální pedagogice a sociální práci – historie, současnost, perspektivy. *Sociální pedagogika | Social Education*, ročník 11, číslo 1, s. 10–21. 4-STUDIE-11-1-2023-Jitka-Lorenzova.pdf

LOUČKA, M., POLÁKOVÁ, K., TUČKOVÁ, A. & VLČKOVÁ, K. (2019). *Integrativní model prognostického uvědomování u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním (2017–2019)*. Studie IMPAC

NOVÁK, M. (2024). Komunitní psychiatrie jako neziskové podnikání: Studie vznikajícího centra duševního zdraví *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* DOI: 10.13060/csr.2024.023.

NIEDERMANN, E., PFLUGSHAUPT, C., RÜEGGER, H., & SCHÄR, B. (2016). *Paliativní péče: Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory* (1. vydání). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.

NOVOTNÁ, H. & KALA, M. (2015). Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemocnici. *Paliat. med. liec. boles.* 8(1e):e23-e25.

PALIATIVNÍ PÉČE, (2025). *Principy paliativní péče*. Co je paliativní péče? - PALIATIVNÍ PÉČE

PAZDÍRKOVÁ, P. (2024). *Role sociálního pedagoga v paliativní péči*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. <https://theses.cz/id/ee4jf4/>

SLÁMA, O., KREJČÍ, J. & AMBROŽOVÁ, J. (2019). *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení. MZČR*.
Metodika_implementace_PPP_2019 FINAL.pdf

SOCIÁLNIPRACE.CZ (2020). *Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči*.
Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči – Sociální práce

SOCIÁLNIPRACE.CZ (2020). *O nemocniční paliativní péči s Kateřinou Tichou. O nemocniční paliativní péči s Kateřinou Tichou – Sociální práce*

SOUKUP, P., RABUŠIC, L. & MAREŠ, P. (2023). *Statistická analýza sociálněvědních dat v R*. Brno: Masarykova univerzita.

SUCHÁNKOVÁ, E. & MATUŠŮ, R. (2020). Spiritualita pedagogů tradičních a alternativních škol *Sociální pedagogika | Social Education* ročník 8, číslo 2, s. 29–43, Listopad 2020 <https://doi.org/10.7441/soced.2020.08.02.02>.

ŠAFRÁNKOVÁ, D. (2019). *Pedagogika*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Pedagogika. Praha: Grada Publishing.

ŠIMON, J. (2018) *Smrt jako součást života: Paliativní péče očima sociálního pracovníka*. Praha: Portál.

ŠPILHÁČKOVÁ, T. (2020) *Role sociálního pracovníka v paliativní péči*. Brno: Masarykova univerzita. <https://theses.cz/id/vb6jhd/>

TÁCHOVÁ, V. (2025). *I umírání si žádá pomoc odborníka. V Česku tato pomoc chybí.*

I umírání si žádá pomoc odborníka. V Česku tato pomoc chybí - zdravezpravy.cz

TOMICZEK, V., DVOŘÁK, T. & HANYÁŠOVÁ, H. (2024). Možnosti implementace paliativní péče v rámci sociálních služeb. *Paliativní medicína*, 5(3), 41–46. Získáno z <https://www.palmed.cz/pm/article/view/215>.

UMÍRÁNÍ.CZ. (2023). *Informace o zdravotním stavu a prognóze onemocnění.* Informace o zdravotním stavu a prognóze onemocnění | Umírání.cz

VODÁČKOVÁ, D. (2020). Paliativní péče znamená hluboký respekt k vzájemné spolupráci. *Fórum sociální práce*, 2/2020 palliative-care-means-a-deep-respect-for-mutual-cooperation_Content%20File-PDF.pdf

WAGNER, J. (2023). *Platové zařazení sociálního pedagoga působícího ve škole – vyjádření MŠMT a MPSV.* Platové zařazení sociálního pedagoga působícího ve škole – vyjádření MŠMT a MPSV | Pedagogicke.info

WHO. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into health care systems: a WHO guide* [online]. Geneva: World Health Organization, <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514477>

WHO. (2020). *Paliativní péče.* Paliativní péče

ZÁKONYPROLIDI.CZ. (2024). *Vyhláška č. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*

ZÁKONYPROLIDI.CZ. (2024). *Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách*

ZÁKONYPROLIDI.CZ. (2025). *Zákon č. 563/2004 Sb. Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. 563/2004 Sb. Zákon o pedagogických pracovnících*

ZÁKONYPROLIDI.CZ. (2025). *Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách*

ZÁRUBOVÁ, R. (2021). *Možnosti uplatnění sociálního pedagoga v hospicové péči Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně. <https://theses.cz/id/wts4dt/>*

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Spearmanův korelační koeficient (<i>zdroj: vlastní</i>)	61
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Úkol sociálního pedagoga.....	46
Tabulka 2 Vnímaná důležitost role	47
Tabulka 3 Očekávání od sociálního pedagoga.....	47
Tabulka 4 Klíčové faktory zlepšující kvalitu života	48
Tabulka 5 Klíčové kompetence pro paliativní péči	48
Tabulka 6 Hodnocení aktuální připravenosti	49
Tabulka 7 Dovednosti k rozvoji.....	49
Tabulka 8 Další oblasti pro vzdělávání (paliativní péče).....	50
Tabulka 9 Preferované formy dalšího vzdělávání.....	50
Tabulka 10 Faktory kvality práce sociálního pedagoga.....	51
Tabulka 11 Četnost krizových intervencí	52
Tabulka 12 Dostupnost supervize	52
Tabulka 13 Hodnocení teorie vs. praxe	53
Tabulka 14 Nejčastější výzvy v praxi	53
Tabulka 15 Co by pomohlo lepší přípravě.....	54
Tabulka 16 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření (otázky 18–22).....	54
Tabulka 17 Motivace k práci v paliativní péči.....	56
Tabulka 18 Korelační analýza dle Spearman ρ	60

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ASOCP	Asociace sociálních pedagogů
CDZ	Centrum duševního zdraví
CZ	Česká republika (angl. označení)
ČLK	Česká lékařská komora
ČLS	Česká lékařská společnost
DOI	Digital Object Identifier
EAPC	European Association for Palliative Care
GDPR	General Data Protection Regulation
IMPAC	Mezinárodní klasifikace symptomů v paliativní péči
IS/STAG	Informační systém studijní agendy
JEP	Jan Evangelista Purkyně
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
OPP	Oddělení paliativní péče
s.	Strana
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha PII: Myšlenková mapa

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Lenka Bernatíková a jsem autorkou výzkumu zaměřeného na sociální pedagogiku v kontextu hospicové a paliativní péče. Tento dotazník je součástí mého výzkumu, jehož cílem je systematicky zkoumat roli sociálních pedagogů v této oblasti, identifikovat jejich přínosy, výzvy a způsoby, jakými přispívají ke zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin. Vaše názory, zkušenosti a postřehy jsou pro tento výzkum neocenitelné. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění zabere přibližně 10–15 minut. Veškeré získané informace budou využity výhradně pro potřeby mého výzkumu a budou zpracovány s maximálním respektem k Vaší anonymitě a důvěrnosti. Souhlas s využitím získaných odpovědí vyjadřují respondenti vyplněním dotazníku.

Prosím, věnujte tomuto dotazníku chvíli svého času a přispějte svým pohledem k lepšímu pochopení významu sociální pedagogiky v paliativní péči.

Pokud byste měli jakékoli dotazy nebo připomínky k tomuto dotazníku, neváhejte mě kontaktovat na e-mailové adrese: [lenkabernatik@seznam.cz].

Předem Vám srdečně děkuji za Váš čas a ochotu podpořit tento výzkum.

S úctou,

Lenka Bernatíková

Úvodní část

Souhlas s účastí ve výzkumu

Souhlasím s účastí ve výzkumu a potvrzuji, že rozumím účelu a způsobu zpracování mých odpovědí.

☐ Ano

☐ Ne

I. Obecné informace

1. Jak dlouho pracujete v oblasti hospicové nebo paliativní péče?

☐ Méně než 1 rok

☐ 1–5 let

☐ 6–10 let

☐ Více než 10 let

2. Jaké vzdělání máte v oblasti sociální pedagogiky?

- ☐ Vysokoškolské vzdělání v oboru sociální pedagogika
- ☐ Vysokoškolské vzdělání v jiném oboru
- ☐ Středoškolské vzdělání
- ☐ Jiné

II. Očekávání kladená na sociální pedagogy.

3. Jaké jsou podle Vás hlavní úkoly sociálního pedagoga v rámci paliativní a hospicové péče?
(vyberte max. 3 možnosti)

- ☐ Poskytování emoční podpory pacientům a jejich rodinám
- ☐ Zprostředkování komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým personálem
- ☐ Organizace volnočasových a terapeutických aktivit pro pacienty
- ☐ Pomoc s orientací v sociálním systému (např. dávky, příspěvky)
- ☐ Vzdělávání rodin o paliativní péči
- ☐ Jiné (uved'te): _____

4. Jak důležitou roli podle Vás hrají sociální pedagogové v paliativní péči?

- ☐ Velmi důležitou
- ☐ Spíše důležitou
- ☐ Neutrální
- ☐ Spíše méně důležitou
- ☐ Nedůležitou

5. Jaká očekávání mají pacienti a jejich rodiny vůči sociálním pedagogům?

- ☐ Poskytování emocionální podpory
- ☐ Zajištění praktických informací a pomoci
- ☐ Pomoc při řešení krizových situací
- ☐ Zvyšování informovanosti o dostupné péči a službách
- ☐ Jiné (uved'te): _____

6. Jaké faktory nejvíce přispívají ke zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin? (vyberte max. 3 možnosti)

- ☐ Podpora emočního zvládání nemoci
- ☐ Zajištění sociální stability rodiny
- ☐ Pomoc při řešení praktických problémů (např. finance, péče)
- ☐ Vzdělávání rodin o průběhu péče
- ☐ Jiné (uved'te): _____

III. Kompetence a dovednosti sociálních pedagogů

7. Jaké kompetence považujete za klíčové pro práci sociálního pedagoga v paliativní péči? (vyberte max. 3 možnosti)

- ☐ Empatie a aktivní naslouchání
- ☐ Krizová intervence
- ☐ Komunikační dovednosti
- ☐ Organizace a plánování
- ☐ Znalost sociálního práva a systémů podpory
- ☐ Jiné (uved'te): _____

8. Jak hodnotíte Vaši aktuální přípravu na práci v paliativní péči?

- ☐ Výborná
- ☐ Dostatečná
- ☐ Spíše nedostatečná
- ☐ Nedostatečná

9. Které dovednosti by podle Vás sociální pedagogové měli rozvíjet? (vyberte max. 3 možnosti)

- ☐ Emoční stabilitu a zvládání stresu
- ☐ Komunikaci s pacienty a rodinami
- ☐ Znalost sociálních systémů a práva
- ☐ Týmovou spolupráci
- ☐ Organizaci a vedení skupinových aktivit
- ☐ Jiné (uved'te): _____

10. Jaké další oblasti vzdělávání byste ocenili pro práci v paliativní péči? (vyberte max. 3 možnosti)

- ☐ Specifika práce s dětmi a dospívajícími v paliativní péči
- ☐ Etické otázky a dilemata v paliativní péči
- ☐ Zvládání vlastních emocí a prevence syndromu vyhoření
- ☐ Kulturní a náboženské aspekty péče
- ☐ Práce s rodinou v těžkých životních situacích
- ☐ Jiné (uved'te): _____

11. Jaký způsob vzdělávání preferujete pro rozvoj dovedností v oblasti paliativní péče?

- ☐ Workshopy a semináře
- ☐ Praxe a stínování zkušených kolegů
- ☐ Webináře a online kurzy
- ☐ Knihy a samostudium
- ☐ Studium případových studií
- ☐ Jiné (uved'te): _____

12. Jaké faktory podle Vás nejvíce ovlivňují kvalitu práce sociálního pedagoga v paliativní péči? (vyberte max. 3 možnosti)

- ☐ Dostatečná odborná příprava
- ☐ Podpora ze strany zaměstnavatele
- ☐ Dostatek času na práci s klienty a rodinami
- ☐ Kvalita týmové spolupráce
- ☐ Možnost supervize a konzultací
- ☐ Jiné (uved'te): _____

13. Jak často se setkáváte s potřebou využívat krizovou intervenci ve své praxi?

- ☐ Pravidelně (denně/týdně)
- ☐ Občas (měsíčně)
- ☐ Zřídka (méně než jednou měsíčně)
- ☐ Nikdy

14. Jak hodnotíte dostupnost supervize ve své organizaci?

- ☐ Velmi dobrá – supervize je pravidelná a snadno dostupná
- ☐ Dobrá – supervize je dostupná, ale ne vždy pravidelná
- ☐ Nedostatečná – supervize je omezená nebo obtížně dostupná
- ☐ Nedostupná

IV. Porovnání teorie a praxe

15. Jak hodnotíte rozdíly mezi teoretickou přípravou a praktickými požadavky na práci v paliativní péči?

- ☐ Teoretická příprava plně odpovídá praxi
- ☐ Teoretická příprava je spíše dostačující, ale má nedostatky
- ☐ Teoretická příprava je spíše nedostatečná
- ☐ Teoretická příprava neodpovídá praktickým požadavkům

16. S jakými výzvami se nejčastěji setkáváte ve své každodenní praxi?

- ☐ Nedostatek času na pacienty a jejich rodiny
- ☐ Nedostatek zdrojů a podpory
- ☐ Složitá komunikace s rodinami pacientů
- ☐ Emoční a psychické nároky na práci
- ☐ Jiné (uveďte): _____

17. Co by podle Vás nejvíce pomohlo lépe připravit sociální pedagogy na práci v paliativní péči?

- ☐ Větší důraz na praktický výcvik během studia
- ☐ Větší zaměření na krizovou intervenci
- ☐ Zvýšení vzdělávání o právních a sociálních systémech
- ☐ Větší přístup ke kurzům a dalšímu vzdělávání
- ☐ Jiné (uveďte): _____

18. Jak hodnotíte komunikaci mezi členy multidisciplinárního týmu v paliativní péči?

- ☐ Výborná, přispívá ke kvalitě péče
- ☐ Dobrá, ale jsou možné zlepšení

- ☐ Průměrná, někdy ztěžuje práci
- ☐ Nedostatečná, často komplikuje péči

19. Jaké další vzdělávací oblasti by podle Vás měly být zahrnuty do přípravy na práci v paliativní péči? (Zaškrtněte až 3 možnosti.)

- ☐ Zvládání syndromu vyhoření
- ☐ Kulturní senzitivita a práce s různorodými skupinami
- ☐ Etická dilemata v péči o pacienty
- ☐ Pokročilé komunikační dovednosti
- ☐ Podpora pacientů a rodin v krizových situacích
- ☐ Péče o vlastní duševní zdraví a well-being
- ☐ Práce s dětmi a mladistvými v paliativní péči
- ☐ Organizace a řízení času v náročných situacích
- ☐ Více informací o medicínských aspektech paliativní péče
- ☐ Jiné (uved'te): _____

20. Jak často se cítíte být emočně či psychicky přetíženi při práci v paliativní péči?

- ☐ Skoro nikdy
- ☐ Příležitostně
- ☐ Často
- ☐ Velmi často

21. Máte k dispozici dostatek podpory pro zvládání emočních a psychických nároků vaší práce?

- ☐ Ano, vždy
- ☐ Ano, většinou
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

22. Jak hodnotíte příležitosti pro další profesní rozvoj v oblasti paliativní péče?

- ☐ Výborné, nabízejí vše potřebné
- ☐ Dobré, ale jsou zde rezervy
- ☐ Omezené, není dostatek možností

☐ Nedostatečné

23. Co považujete za největší motivaci k práci v paliativní péči? (Zaškrtněte všechny odpovědi, které se Vás týkají.)

- ☐ Pomoc pacientům a jejich rodinám v náročném období
- ☐ Smysluplnost a hluboké naplnění z práce
- ☐ Možnost uplatnit své odborné znalosti a dovednosti
- ☐ Spolupráce v multidisciplinárním týmu
- ☐ Osobní rozvoj a získávání nových zkušeností
- ☐ Podpora lidské důstojnosti v závěru života
- ☐ Jiné (uveďte): _____

Závěrečná otázka

24. Máte nějaké další poznámky nebo návrhy?

- ☐ Ano, chci přidat (uveďte): _____
- ☐ Ne

Děkuji za Váš čas a ochotu podělit se o své zkušenosti. Vaše odpovědi jsou pro mě velmi cenné.

PŘÍLOHA P II: MYŠLENKOVÁ MAPA

Popis myšlenkové mapy

Ústředním bodem myšlenkové mapy je téma: **Zkušenosti sociálních pedagogů v paliativní péči**

Z tohoto jádra vychází šest hlavních větví, které odpovídají klíčovým tematickým okruhům z výzkumu:

1. Očekávání v praxi

Tato větev znázorňuje, co od sociálního pedagoga očekávají pacienti, rodiny a zdravotnický tým. Obsahuje body jako:

- Emoční podpora pacientů a rodin
- Pomoc s orientací v systému péče
- Komunikace mezi rodinou a týmem
- Praktické řešení krizí

2. Kompetence a dovednosti

Zde jsou shrnuty schopnosti, které sociální pedagog potřebuje pro efektivní práci:

- Krizová intervence
- Empatie a aktivní naslouchání
- Komunikační dovednosti
- Organizace a plánování
- Znalost práva a systému sociálních služeb

3. Teorie vs. praxe

Tato oblast ukazuje, že mezi teoretickou přípravou a praktickými požadavky existuje mezera:

- Nedostatek praktického výcviku
- Nepřipravenost na emoční zátěž
- Potřeba doplnění studia o specializaci
- Vysoké nároky reality paliativní péče

4. Podpora a podmínky

Faktor prostředí, které ovlivňuje kvalitu výkonu práce:

- Dostupnost supervize
- Týmová spolupráce
- Podpora vedení
- Dostatek času na klienta

5. Další vzdělávání

Oblast reflektující potřeby rozvoje a celoživotního vzdělávání:

- Workshopy, stáže, supervize
- Etická dilemata, práce s dětmi
- Emoční odolnost a prevence vyhoření
- Kulturní a náboženské aspekty

6. Motivace

Zde se zobrazuje, co pracovníky motivuje i přes náročnost profese:

- Smysluplnost práce
- Podpora lidské důstojnosti
- Odborné uplatnění
- Pomoc rodinám v krizi
- Osobní růst

Myšlenková mapa ukazuje, že role sociálního pedagoga je komplexní a vyžaduje vyváženost mezi odbornými dovednostmi, emocionální stabilitou, vzděláním a podporou v týmu. Vizualizace usnadňuje pochopení souvislostí mezi očekáváním, kompetencemi a potřebami podpory, které se navzájem ovlivňují.

